PRIORITY RATING SCALE
STATISTICAL REPORT

November, 1998

Submitted to the Department of Health & Community Services by

Evalu•Plan Consulting

[redacted] Table of Contents

PURPOSE OF THE REPORT ..... Page 1

INTRODUCTION ..... Page 2

SERVICE DELIVERY PROFILE ..... Page 3
- Total Volume ..... Page 3
- Volume by Sector ..... Page 3
- Volume by Region ..... Page 3
- Volume by Discipline ..... Page 4
- Volume by Sector and Discipline ..... Page 4
- Volume by Age ..... Page 5
- Volume by Age and Discipline ..... Page 5
- Volume by Sector and Age ..... Page 6
- Volume by Discipline and Source of Request - Audiology ..... Page 6
- Volume by Discipline and Source of Request - Occupational Therapy ..... Page 7
- Volume by Discipline and Source of Request - Physiotherapy ..... Page 7
- Volume by Discipline and Source of Request - Speech Language Pathology ..... Page 8

PRS PROFILE BY DISCIPLINE - AUD
- Total Volume by PRS Level ..... Page 9
- PRS Level by Age ..... Page 9
- PRS Level by Source of Request ..... Page 10
- PRS Level by Region ..... Page 10

PRS PROFILE BY DISCIPLINE - OT
- Total Volume by PRS Level ..... Page 11
- PRS Level by Sector and Age ..... Page 12
- PRS Level by Sector and Source of Request ..... Page 13
- PRS Level by Sector and Region ..... Page 14

PRS PROFILE BY DISCIPLINE - PT
- Total Volume by PRS Level ..... Page 15
- PRS Level by Sector and Age ..... Page 16
- PRS Level by Sector and Source of Request ..... Page 17
- PRS Level by Sector and Region ..... Page 18

PRS PROFILE BY DISCIPLINE - SLP
- Total Volume by PRS Level ..... Page 19
- PRS Level by Sector and Age ..... Page 20
- PRS Level by Sector and Source of Request ..... Page 21
- PRS Level by Sector and Region ..... Page 22

VALIDATION OF PRS FOCUS GROUPS
- Distribution of PRS Scores: Mostly High Scores ..... Page 23
- PRS and Audiology ..... Page 24
- PRS and Infants ..... Page 25

SUMMARY ..... Page 26

REFERENCES ..... Page 28

Purpose of the Report

The purpose of this report is to present a statistical summary of the Priority Rating Scale (PRS) data contained within the Rehabilitation Services Plan (RSP) Monitoring System. The report is organized into three parts:

- ✓ The first section orients the reader to the data by describing the volume of rehabilitation service delivery across the province.
- ✓ The second section presents the provincial profile of PRS levels across the four disciplines: audiology, occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology.
- ✓ The third section presents the results of specific PRS analyses conducted to validate the findings of the PRS focus group sessions.

The focus of this report is the identification of major trends. Therefore, the bulk of the analysis performed relates to provincial data, rather than region specific patterns. Additional information describing the data presented in this report is listed below:

- ✓ This report includes data entered into the RSP Monitoring System from November 1997 to mid-October 1998. Data from Region 2 for the period August to October 1998 were not available at the time this report was produced.
- ✓ This report includes all data available from the RSP Monitoring System at the time the report was produced. These data have not been externally validated by the Region Hospital Corporations.
- ✓ The data describing service volume do not include "previous caseload", "previous wait list" or "group requests for service." Definitions of these terms can be found in the document titled "RSP Monitoring Guidelines."
- ✓ The abbreviation OPD is used to describe outpatient rehabilitation services; EMP represents the Extra-Mural Program.
- ✓ These data **do not include** rehabilitation services provided to **inpatients** which, for some disciplines, consume a significant portion of available resources.
- ✓ The percentages presented in the figures throughout the report do not add up to 100% due to the error amounts which exist for selected data elements. The error values for the selected data elements analyzed in this report do not exceed 3%. The error values are not displayed in the current report. Analysis of the error values is part of the ongoing data integrity testing which strives to reduce the amount of error for future reporting.

Introduction

INTRODUCTION TO THE PRS

The Priority Rating Scale (PRS) was implemented in New Brunswick during the Fall of 1997 as part of the Rehabilitation Services Plan. The PRS is a tool designed to promote the consistent priorization of individuals requiring rehabilitation services. Rehabilitation service in this context includes those services provided by audiologists, occupational therapists, physiotherapists and speech language pathologists.

PURPOSE OF THE PRS

The PRS was designed to determine an individual's need for rehabilitation service relative to the need of other individuals. The consistent application of the priority factors contained within the PRS was intended to help ensure equitable access to rehabilitation services for all New Brunswickers. The PRS was designed to:

- ✓ enhance accountability
- ✓ increase objectivity
- ✓ support professional decision making
- ✓ promote consistency

Since November 1997, the PRS has been used by rehabilitation professionals across the province. The PRS validation process, outlined in the "User Guide for the Priority Scale" recommended an ongoing evaluation of the PRS. This evaluation of the PRS was designed to collect both qualitative and quantitative information about the PRS.

The first part of the evaluation included a total of 37 focus group sessions which were held across the province in the summer of 1998 to obtain feedback from rehabilitation professionals about their experiences with PRS. The qualitative findings from the PRS focus group sessions are presented in the document titled "PRS Focus Group Report, November 1998."

The second part of the evaluation involved the quantitative analysis of PRS data contained within the RSP Monitoring System. Descriptive analyses were performed to validate findings from the PRS focus groups. Additional analyses using relevant data were conducted to explore rehabilitation service delivery volumes as well as the provincial distribution of PRS levels across the four rehabilitation disciplines.

[redacted] Service Delivery Profile

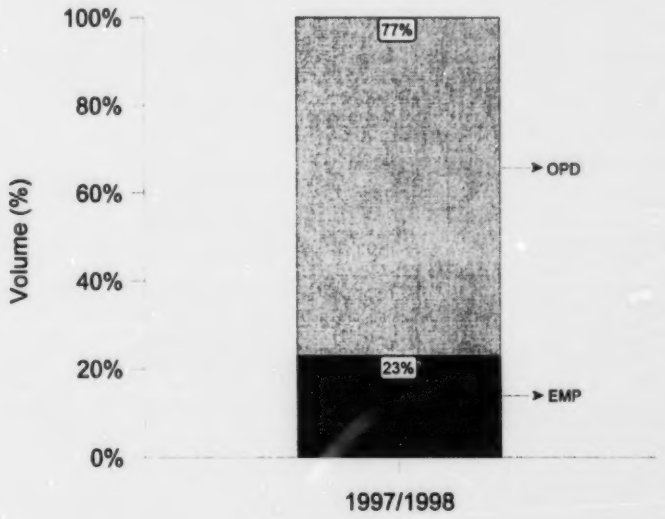
Total Volume

A total of 40,390 clients were referred for rehabilitation services in New Brunswick from November of 1997 to mid October of 1998. On average, approximately 3,672 clients were referred for rehabilitation service each month. Volume in this report refers to the number of rehabilitation requests for service. Sector refers to outpatient rehabilitation services (OPD) and services offered by the Extra-Mural Program.

Volume by Sector

Figure 1 presents the volume of rehabilitation clients referred for rehabilitation service to EMP and OPD from November 1997 to October 1998.

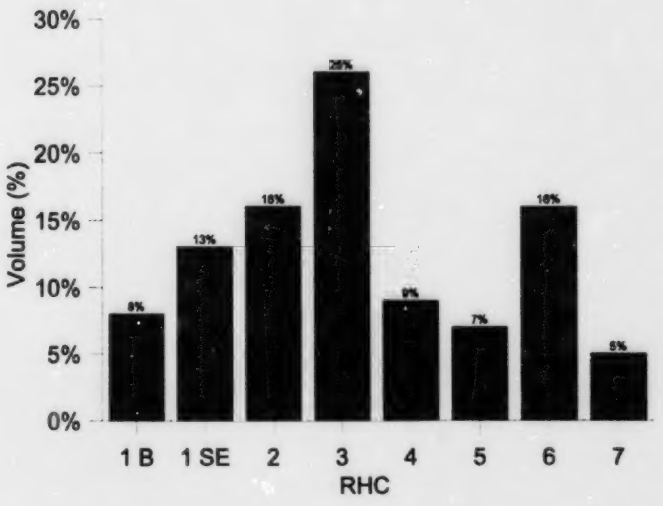
Figure 1



Volume by Region

Figure 2 shows the volume of rehabilitation requests for service for each region hospital corporation (RHC).

Figure 2

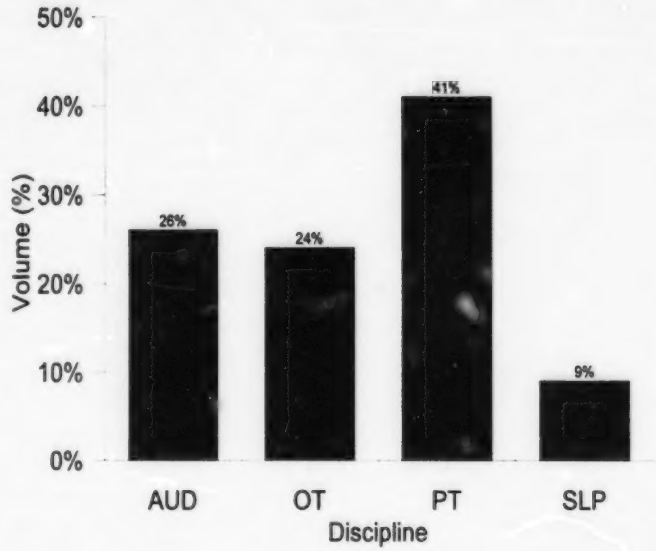


[redacted] Service Delivery Profile

Volume by Discipline

Figure 3 presents the volume of rehabilitation service by discipline which includes audiology, occupational therapy, physiotherapy and speech language pathology.

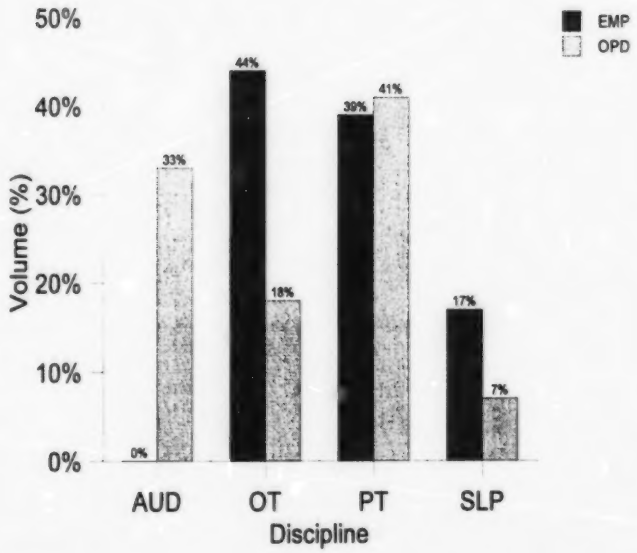
Figure 3



Volume by Sector and Discipline

Figure 4 displays the volume of requests for rehabilitation service within each sector for each of the four disciplines.

Figure 4



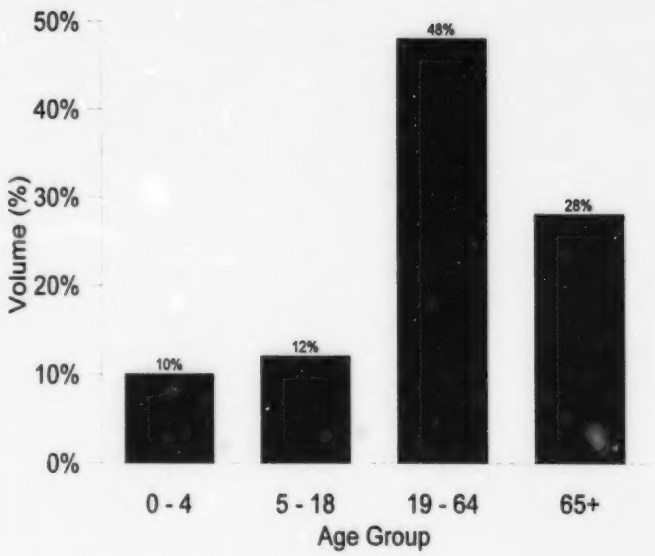
[redacted] Service Delivery Profile

Volume by Age

Figure 5 shows the volume of requests for rehabilitation service by client age groups. The age groups included in this report are as follows:

0 - 4 yrs - infants/preschool
5 - 18 yrs - school age
19 - 64 - adults
65+ - seniors

Figure 5

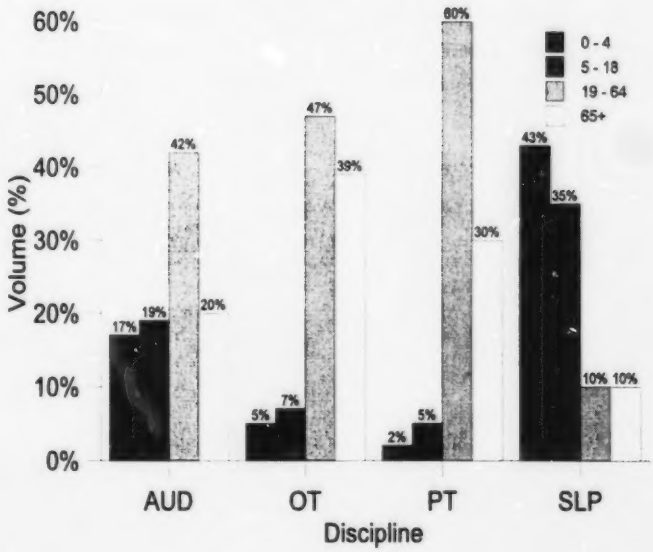


Volume by Age and Discipline

Figure 6 presents the volume of requests for rehabilitation service by age groups for each discipline.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 6

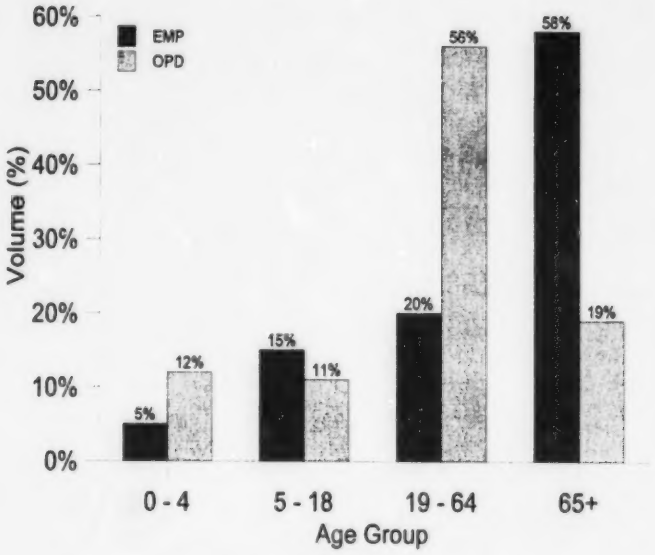


[redacted] Service Delivery Profile

Volume by Sector and Age

Figure 7 displays the volume of requests for rehabilitation service within each sector for each client age group.

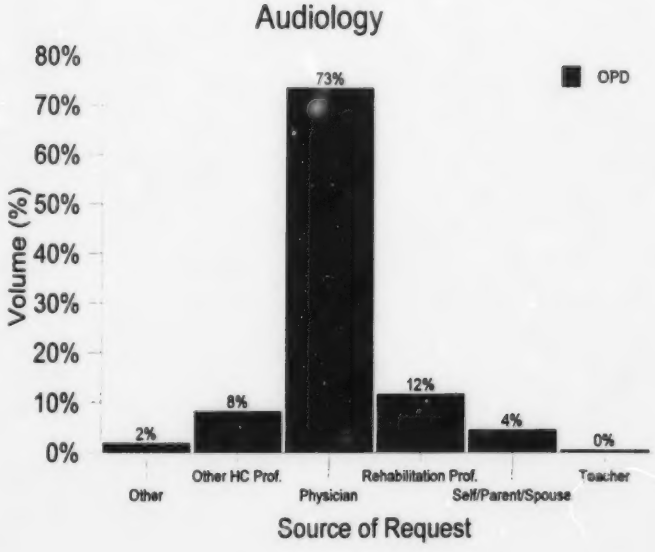
Figure 7



Volume by Discipline and Source of Request - Audiology

Figure 8 presents the volume of rehabilitation requests for service by source of request for clients referred to audiology services. Note: There are no requests for service for audiology from the Extra-Mural Program.

Figure 8

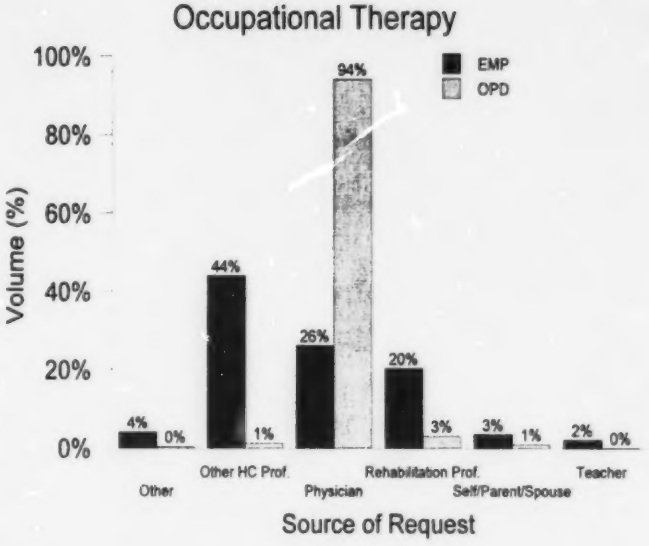


[redacted] Service Delivery Profile

Volume by Discipline and Source of Request - Occupational Therapy

Figure 9 presents the volume of requests for rehabilitation service by source of request for clients referred to occupational therapy.

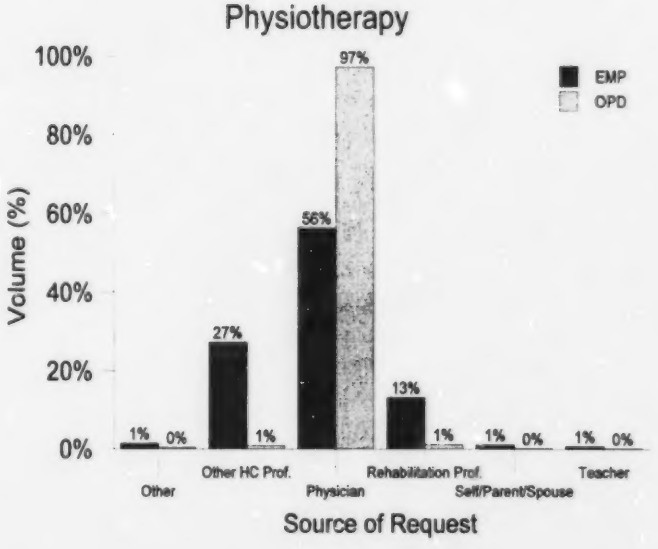
Figure 9



Volume by Discipline and Source of Request - Physiotherapy

Figure 10 presents the volume of requests for rehabilitation service by source of request for clients referred to physiotherapy.

Figure 10

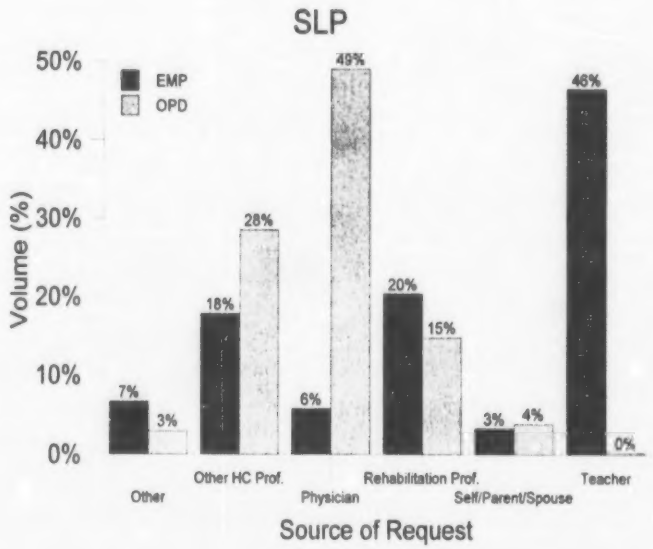


Service Delivery Profile

Volume by Discipline and Source of Request - Speech Language Pathology

Figure 11 presents the volume of requests for rehabilitation service by source of request for clients referred to speech language pathology.

Figure 11



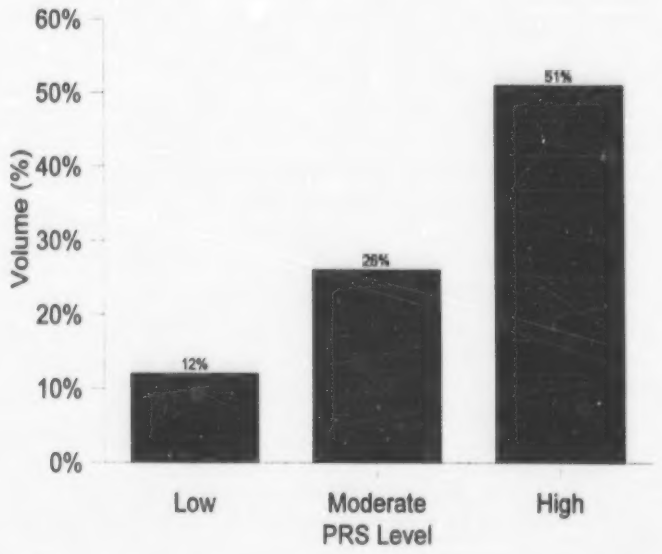
[redacted] PRS Profile by Discipline - AUD

This section illustrates the distribution of PRS levels (low, moderate and high) for requests for audiology services.

Total Volume by PRS Level

Figure 12 shows the distribution of the priority levels for audiology requests for service.

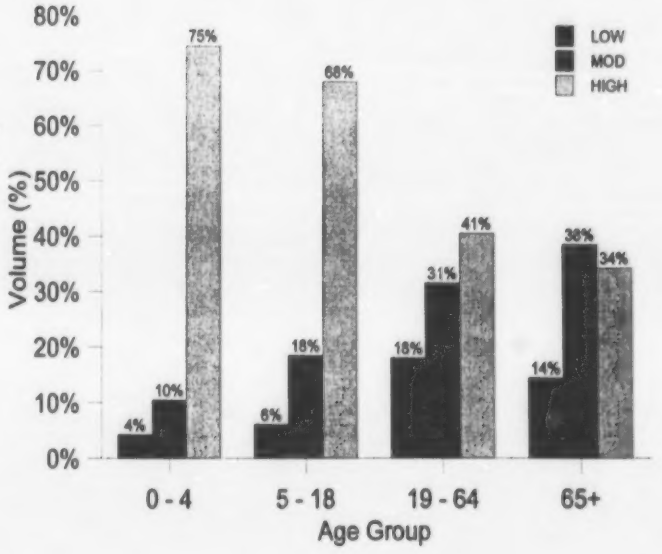
Figure 12



PRS Level by Age

Figure 13 presents the distribution of PRS levels by client age groups for audiology requests for service.

Figure 13



Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

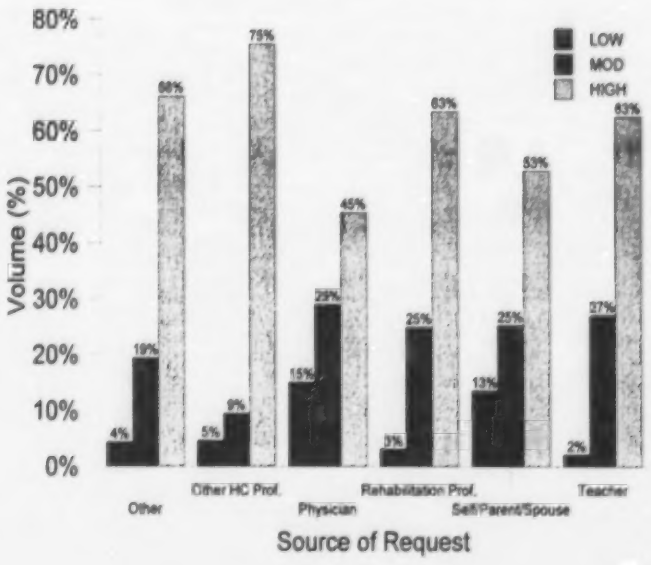
PRS Profile by Discipline - AUD

PRS Level by Source of Request

Figure 14 presents the distribution of PRS levels by source of request for clients referred for audiology service.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 14

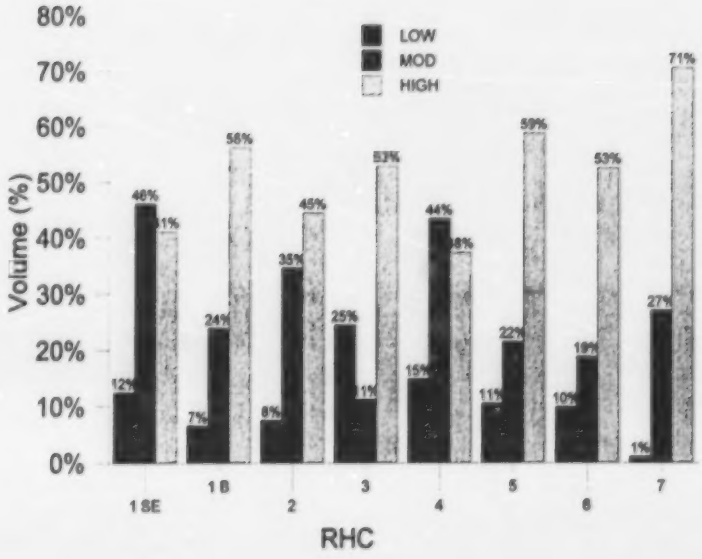


PRS Level by Region

Figure 15 presents the distribution of PRS levels for audiology requests for service across all region hospital corporations (RHC's).

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 15



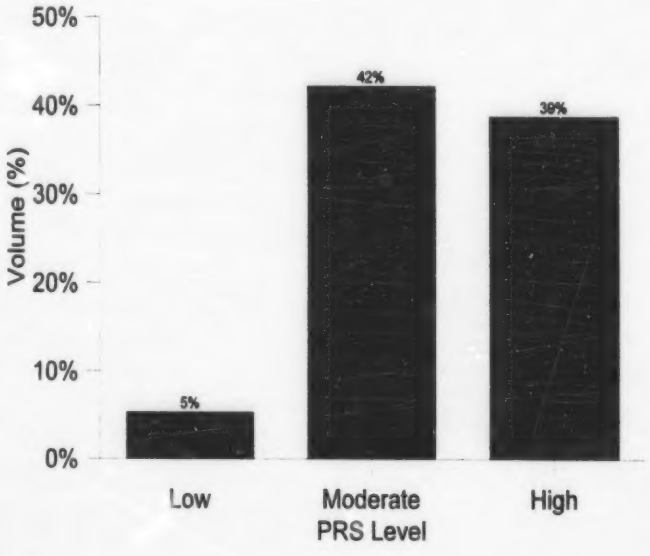
[redacted] PRS Profile by Discipline - OT

This section illustrates the distribution of PRS levels (low, moderate and high) for requests for occupational therapy services.

Figure 16

Total Volume by PRS Level

Figure 16 shows the distribution of PRS levels across requests for occupational therapy services.



PRS Profile by Discipline - OT

PRS Level by Sector and Age

Figure 17 presents the distribution of PRS levels by client age groups for requests received by outpatient occupational therapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 17

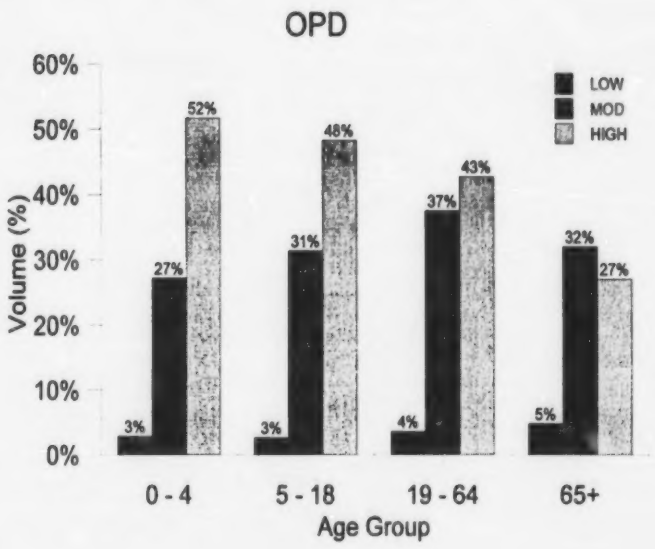
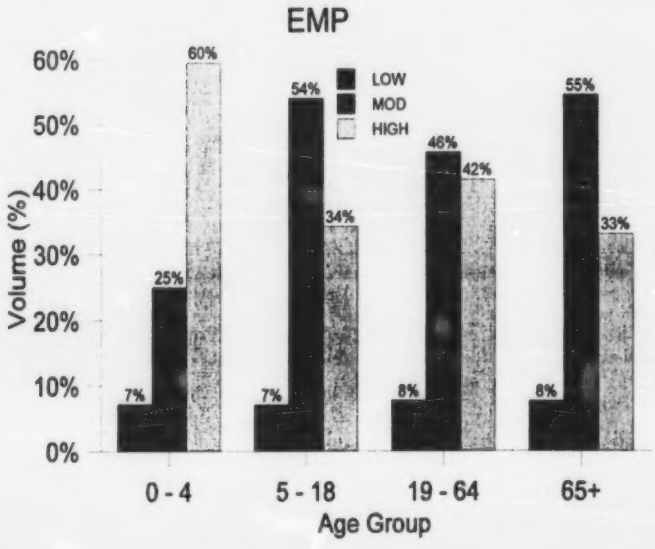


Figure 18 presents the distribution of PRS levels by client age groups for requests received by Extra-Mural Program occupational therapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 18



PRS Profile by Discipline - OT

PRS Level by Sector and Source of Request

Figure 19 shows the distribution of PRS levels by source of requests for clients referred to outpatient occupational therapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 19

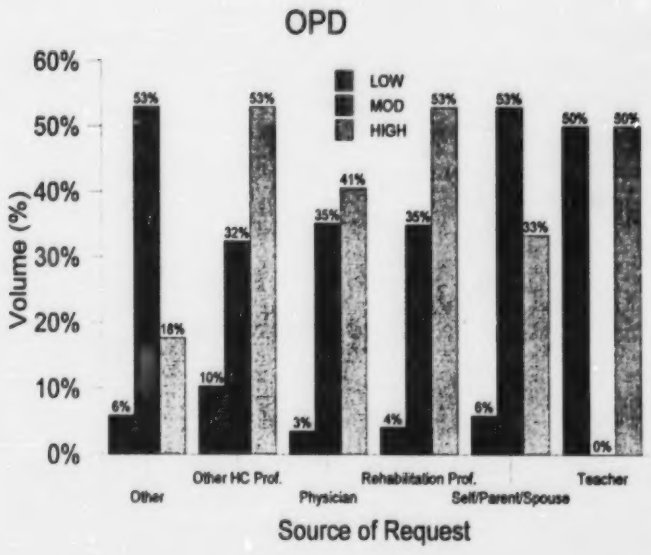
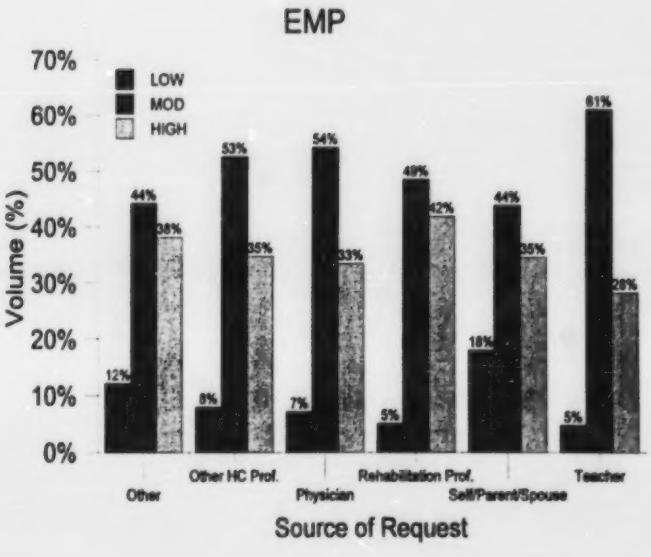


Figure 20 shows the distribution of PRS levels by source of request for clients referred to the Extra-Mural Program occupational therapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 20



[redacted] PRS Profile by Discipline - OT

PRS Level by Sector and Region

Figure 21 presents the distribution of PRS levels by region hospital corporation for clients referred to outpatient occupational therapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 21

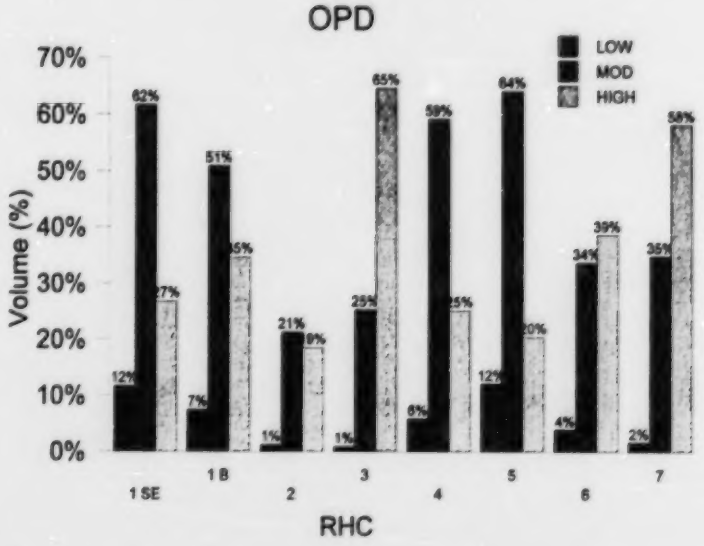
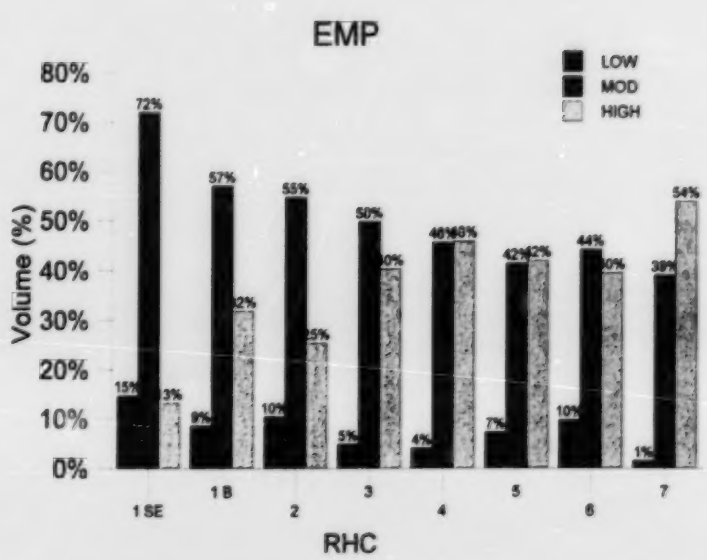


Figure 22 presents the distribution of PRS levels by region hospital corporation for clients referred to the Extra-Mural Program occupational therapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 22



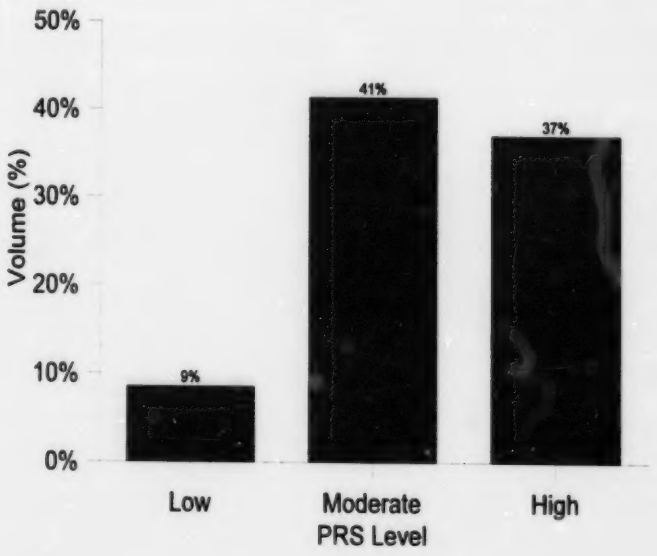
[redacted] PRS Profile by Discipline - PT

This section illustrates the distribution of PRS levels (low, moderate and high) for requests for physiotherapy services.

Total Volume by PRS Level

Figure 23 shows the distribution of PRS levels across requests for physiotherapy services.

Figure 23



PRS Profile by Discipline - PT

PRS Level by Sector and Age

Figure 24 presents the distribution of PRS levels by client age groups for requests received by outpatient physiotherapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 24

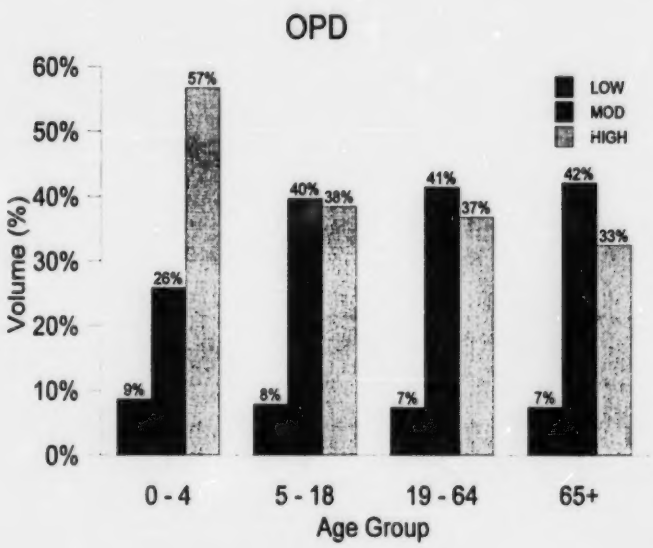
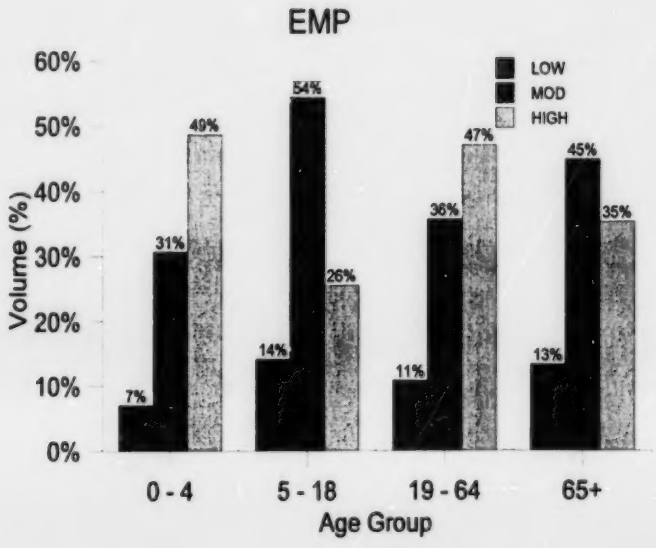


Figure 25 presents the distribution of PRS levels by client age groups for requests received by Extra-Mural Program physiotherapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 25



[redacted] PRS Profile by Discipline - PT

PRS Level by Sector and Source of Request

Figure 26 shows the distribution of PRS levels by source of requests for clients referred to outpatient physiotherapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 26

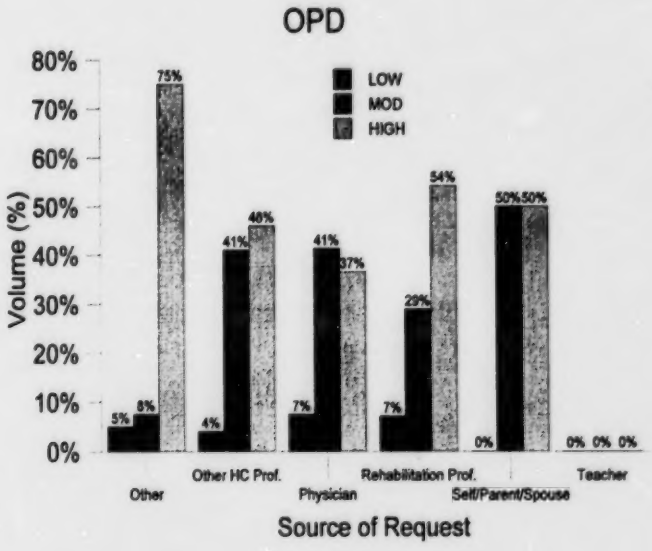
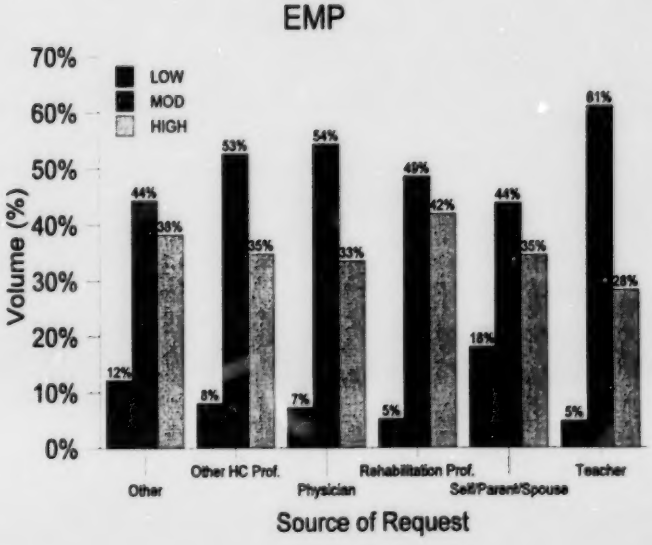


Figure 27 presents the distribution of PRS levels by source of request for clients referred to the Extra-Mural Program physiotherapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 27



PRS Profile by Discipline - PT

PRS Level by Sector and Region

Figure 28 presents the distribution of PRS levels by region hospital corporation for clients referred to outpatient physiotherapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 28

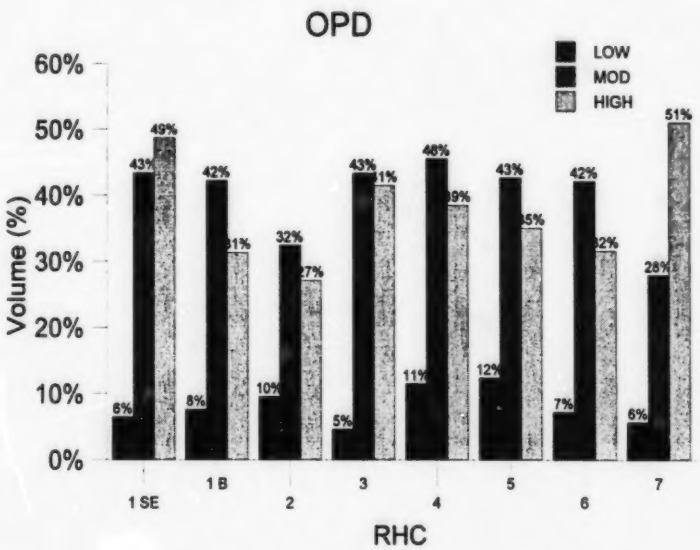
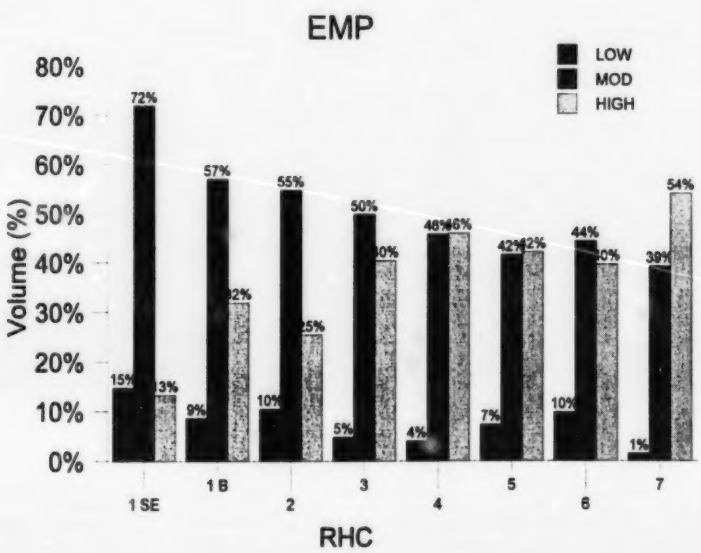


Figure 29 presents the distribution of PRS levels by region hospital corporation for clients referred to the Extra-Mural Program physiotherapy services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 29



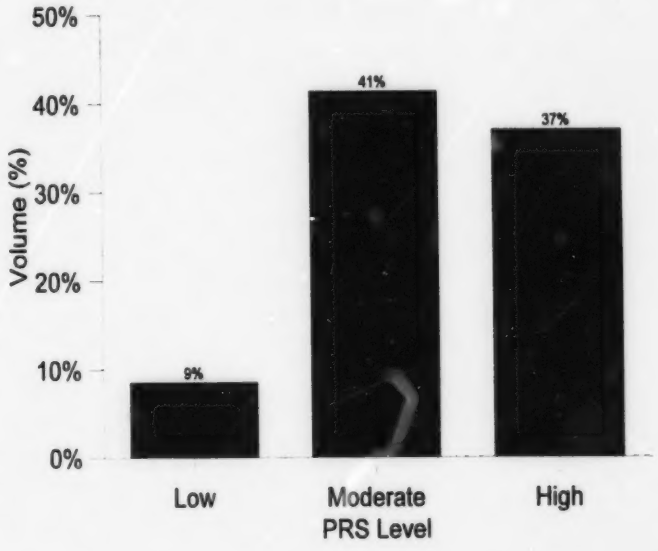
[redacted] PRS Profile by Discipline - SLP

This section illustrates the distribution of PRS levels (low, moderate and high) for requests for speech language pathology services

Total Volume by PRS Level

Figure 30 shows the distribution of PRS levels across requests for speech language pathology services.

Figure 30



PRS Profile by Discipline - SLP

PRS Level by Sector and Age

Figure 31 presents the distribution of PRS levels by client age groups for requests received by outpatient speech language pathology services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 31

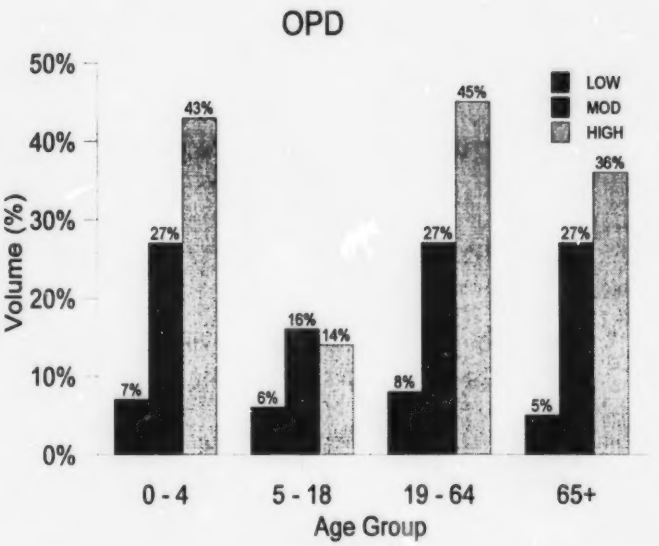
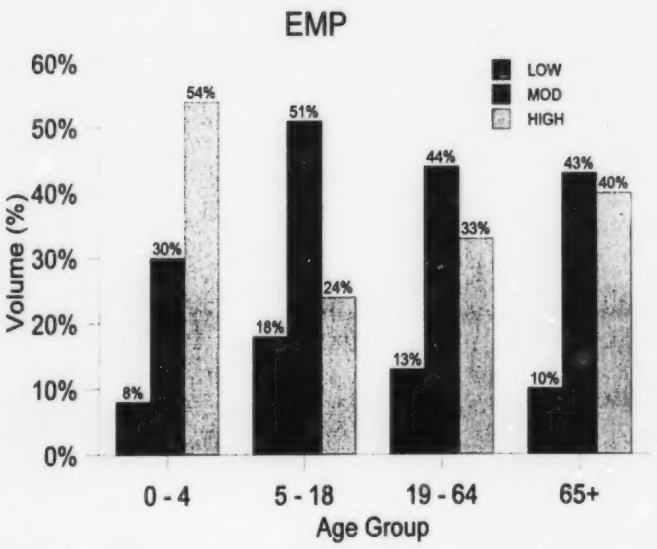


Figure 32 presents the distribution of PRS levels by client age groups for requests received by Extra-Mural Program speech language pathology services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 32



PRS Profile by Discipline - SLP

PRS Level by Sector and Source of Request

Figure 33 shows the distribution of PRS levels by source of requests for clients referred to outpatient speech language pathology services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 33

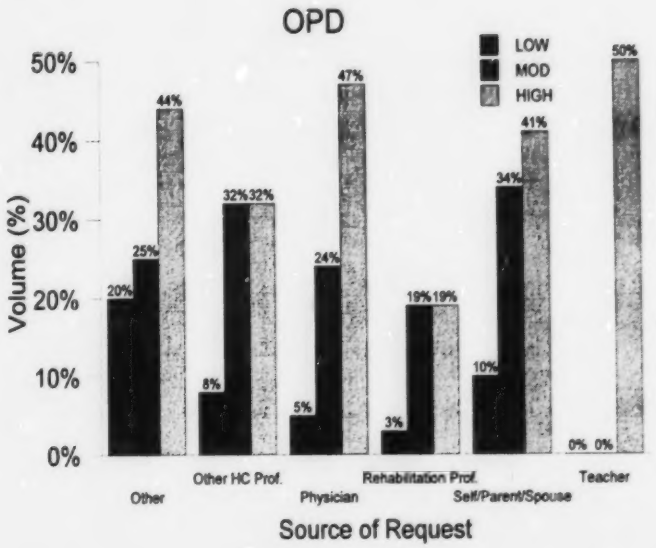
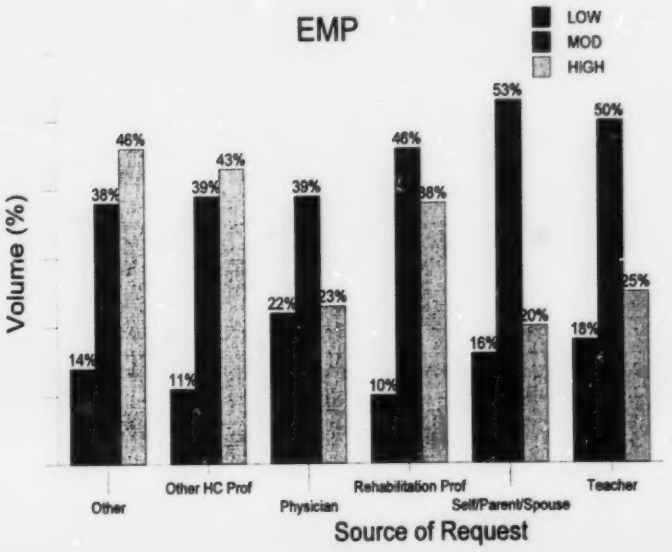


Figure 34 presents the distribution of PRS levels by source of requests for clients referred to the Extra-Mural Program speech language pathology services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 34



PRS Profile by Discipline - SLP

PRS Level by Sector and Region

Figure 35 presents the distribution of PRS levels by region hospital corporation for clients referred to outpatient speech language pathology services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 35

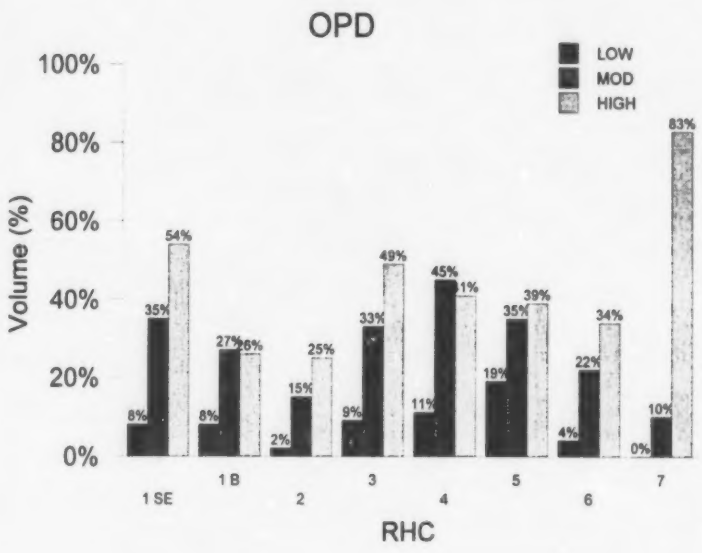
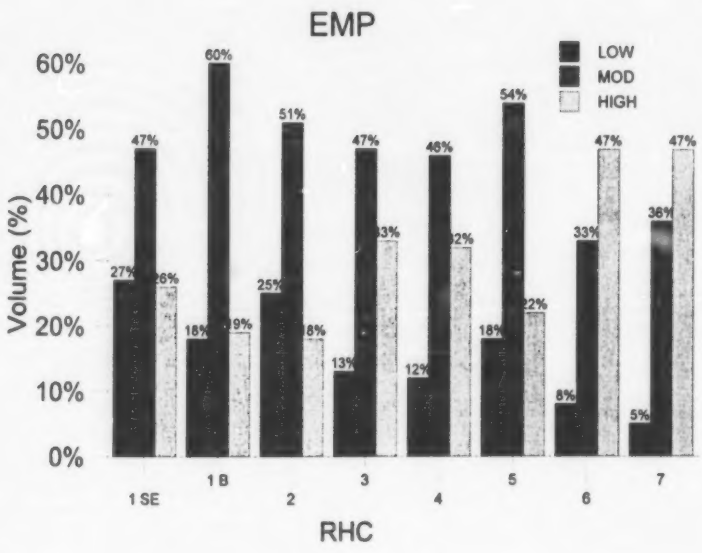


Figure 36 presents the distribution of PRS levels by region hospital corporation for clients referred to the Extra-Mural Program speech language pathology services.

Note: The percentages for each category on the X axis do not total 100% due to error values.

Figure 36



Validation of PRS Focus Groups

Distribution of PRS Scores: Mostly High Scores

Participants from all disciplines in the focus group sessions suggested that the majority of requests for service fall into the high priority level. Figure 37 presents the distribution of PRS levels for the total volume of requests for service in 1997/1998. This graph suggests that 41% of the requests fall into the high priority level; 37% of the requests fall into the moderate level and 9% fall into the low priority level. The vast majority of requests fall into both the moderate and high priority levels.

Figure 37

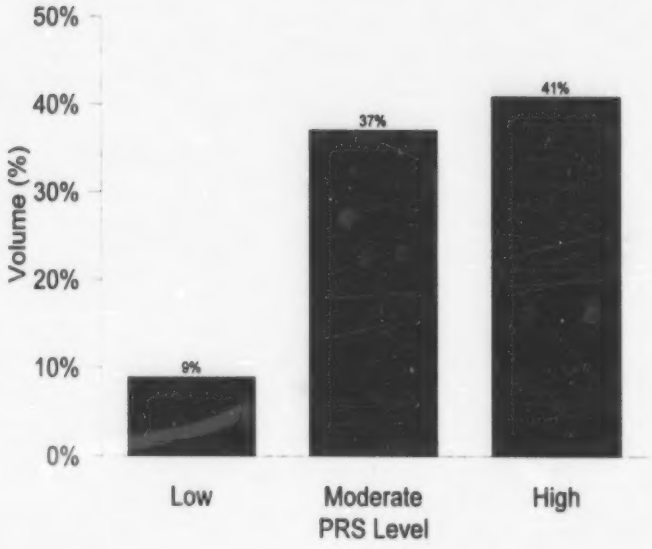
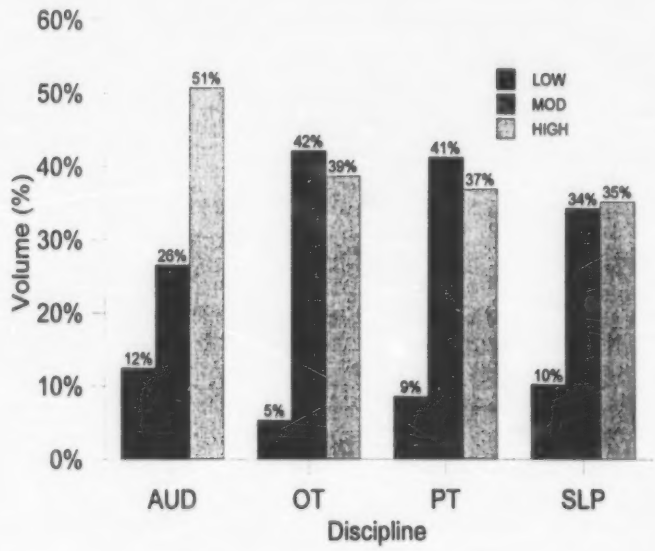


Figure 38 presents the distribution of PRS level across all disciplines. When the PRS level distribution is examined by discipline, it appears that the majority of requests fall into the moderate and high priority level across all four disciplines. These findings from the quantitative analysis suggest that the majority of requests for service fall into the moderate and high priority levels which is not consistent with the finding from the focus group sessions.

Figure 38

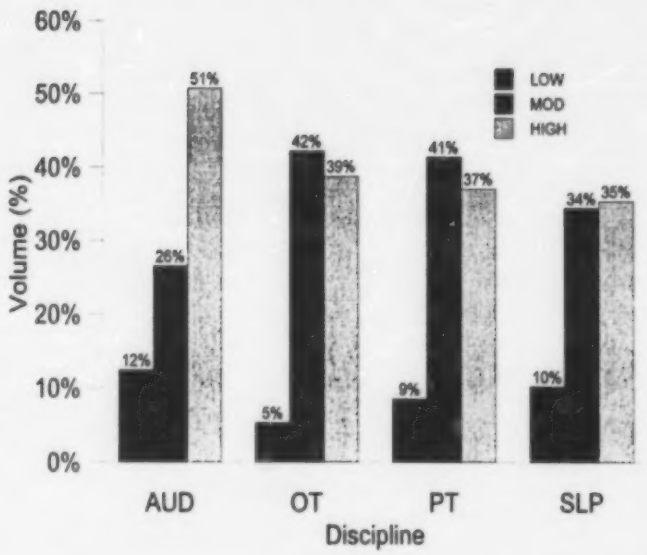


Validation of PRS Focus Groups

PRS and Audiology

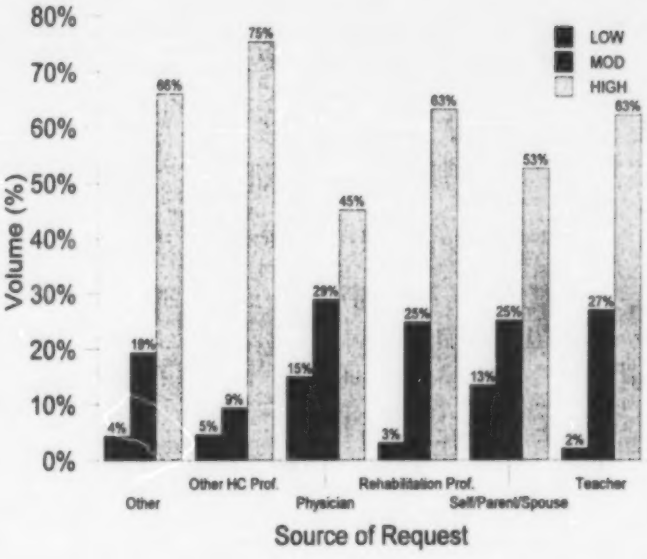
Participants in the audiology focus groups suggested that almost all of the audiology requests for service fall within the high priority level due to the unique nature of the service provided across the province. When these data are examined, it appears that the percentage of high scores for audiology is not noticeably different from the remaining disciplines (AUD -51%; OT 39%; PT 37%; SLP 35%).

Figure 39



Additional analysis show that almost half of the requests for audiology service referred by physicians fell into either the moderate or low priority level. These results indicate a slightly more balanced distribution of priority levels (Low-15%; Moderate-29% and High-45%) referred by physicians than what was described in the focus group sessions. As a result, the findings from the quantitative analyses do not appear to corroborate with the findings from the focus group sessions.

Figure 40



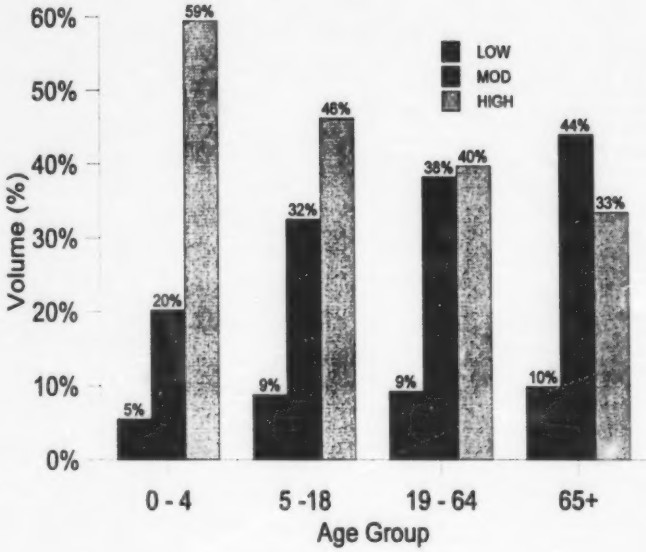
Validation of PRS Focus Groups

PRS and Infants

Participants from all disciplines in the PRS focus group sessions indicated that infants fall into the high priority level most often and in some instances, automatic scoring of high risk infants is a common practice. Data from the RSP Monitoring System were used to examine the distribution of PRS scores for the infant/preschool age group. Results support the focus group findings by showing that over half of clients in this age groups (59%) fall into the high priority level.

When examined by discipline, results show that requests from the infant/preschool age group are most often rated as a high priority by all disciplines. In conclusion, the quantitative analysis appears to support this finding from the focus group sessions.

Figure 41



Summary

Descriptive analyses were performed to show the volume of rehabilitation service delivery as well as the distribution of PRS levels across the province. In addition, data from the RSP Monitoring system was used to verify the findings from the PRS focus group sessions. The results are summarized below.

Service Delivery Profile

The total volume of requests for rehabilitation service across the province was 40,390 clients (Nov. 97- Oct. 98). Over three quarters of requests for service were received by the outpatient rehabilitation services (77%). The greatest number of outpatient requests for service were directed toward physiotherapists. The greatest number of requests for service in the Extra-Mural Program were directed toward occupational therapy. Over half (56%) of the requests for service for outpatient rehabilitation service fell within the adult age group (ages 19-64). Over half (58%) of the requests for service to the Extra-Mural Program fell within the 65+ age group. When the age groups are examined by discipline, it appears that audiologists receive the greatest number of requests (42%) from the adult age group (age 19-64). Occupational therapists and physiotherapists receive the greatest number of requests from the adult and senior age groups. Speech language pathologists receive the greatest number of requests from the infant/ preschool and school age groups. The most common referral source for outpatient rehabilitation service was physicians. Referral sources to the Extra-Mural Program rehabilitation services were more likely to originate from other health care professions, teachers or rehabilitation professionals.

PRS Profile by Discipline

The majority of requests for service fell into the moderate or high priority levels across all disciplines, with OT showing the lowest proportion of low priority levels. Results suggest that requests from the infant/preschool age group are most often rated as a high priority by all disciplines. Requests from physicians for outpatient rehabilitation service fell into the high priority most often across all disciplines except for physiotherapy. Requests from multiple sources for community rehabilitation services fell into the moderate priority level most often across all disciplines with the exception of physiotherapy. Requests from physicians for outpatient physiotherapy services tend to fall into the moderate priority level most often and requests for Extra-Mural Program physiotherapy tend to fall into the high priority level most often. When PRS levels were examined by region, it appears that requests for rehabilitation service across all disciplines fall into the high priority level most often in Region 7. No other consistent trends emerged to describe PRS priority levels across the Regions. This could be a reflection of the variations in service delivery across the province.

Summary

Validation of PRS Focus Groups

Data from the RSP Monitoring System corroborated one out of three findings from the PRS focus groups. The RSP Monitoring data revealed a trend showing that the majority of requests for service fall into the moderate and high priority level for all disciplines across the province. This contradicts the focus group finding which suggested that the majority of requests fell into the high category. Results from the quantitative analysis also revealed a more even distribution of PRS priority levels for audiology requests for service which was similar to the distribution of PRS priority levels for the other rehabilitation disciplines. This contradicts the focus group finding which suggested that almost all of the audiology requests fell into the high priority level due to the unique nature of the service provided. Finally, the quantitative analysis did corroborate the focus group finding which suggested that requests from the infant/preschool age group are most often rated as a high priority by all disciplines.

Conclusions

This descriptive analysis of the RSP Monitoring data focused specifically on the PRS data in an attempt to examine the distribution of PRS scores and validate the findings from the PRS focus groups. It appears that the majority of requests for service fall into the moderate or high priority level across the province which is a different trend than suggested during the focus groups. The quantitative analysis did not support the focus group finding that almost all audiology requests fall into the high category due to the unique nature of audiology service. Fifty one percent of the audiology requests for service fell into the high priority level which was not noticeably different from the distribution of PRS priority levels for the other rehabilitation disciplines. Finally, both the quantitative and qualitative data suggest that the majority of requests for service from the infants/preschool age group are scored within the high priority level across all disciplines. Further investigation will be required to validate the trends identified by the quantitative analyses of the RSP Monitoring data.

References

New Brunswick Department of Health and Community Services. Rehabilitation Services Plan, April 1994.

New Brunswick Department of Health and Community Services. User Guide for the Priority Rating Scale, September, 1997.

Priority Rating Scale - Focus Group Report, November, 1998.

Note:

"Production of this document has been made possible by a financial contribution from the Health Transition Fund, Health Canada."

"The views expressed herein do not necessarily represent the official policy of Health Canada."

ÉCHELLE DE CLASSEMENT DES PRIORITÉS
RAPPORT STATISTIQUE

Novembre 1998

Présenté au ministère de la Santé et des Services communautaires par
Evalu•Plan Consulting

Table des matières

BUT DU RAPPORT ..... Page 1

INTRODUCTION ..... Page 2

PROFIL DE PRESTATION DE SERVICES ..... Page 3
- Volume total ..... Page 3
- Volume par secteur ..... Page 3
- Volume par région ..... Page 3
- Volume par discipline ..... Page 4
- Volume par secteur et discipline ..... Page 4
- Volume par âge ..... Page 5
- Volume par âge et discipline ..... Page 5
- Volume par secteur et âge ..... Page 6
- Volume par discipline et source de demande - Audiologie ..... Page 6
- Volume par discipline et source de demande - Ergothérapie ..... Page 7
- Volume par discipline et source de demande - Physiothérapie ..... Page 7
- Volume par discipline et source de demande - Orthophonie ..... Page 8

PROFIL D'ÉCP PAR DISCIPLINE - AUDIOLOGIE
- Volume total par niveau d'ÉCP ..... Page 9
- Niveau d'ÉCP par âge ..... Page 9
- Niveau d'ÉCP par source de demande ..... Page 10
- Niveau d'ÉCP par région ..... Page 10

PROFIL D'ÉCP PAR DISCIPLINE - ERGOTHÉRAPIE
- Volume total par niveau d'ÉCP ..... Page 11
- Niveau d'ÉCP par secteur et âge ..... Page 12
- Niveau d'ÉCP par secteur et source de demande ..... Page 13
- Niveau d'ÉCP par secteur et région ..... Page 14

PROFIL D'ÉCP PAR DISCIPLINE - PHYSIOTHÉRAPIE
- Volume total par niveau d'ÉCP ..... Page 15
- Niveau d'ÉCP par secteur et âge ..... Page 16
- Niveau d'ÉCP par secteur et source de demande ..... Page 17
- Niveau d'ÉCP par secteur et région ..... Page 18

PROFIL D'ÉCP PAR DISCIPLINE - ORTHOPHONIE
- Volume total par niveau d'ÉCP ..... Page 19
- Niveau d'ÉCP par secteur et âge ..... Page 20
- Niveau d'ÉCP par secteur et source de demande ..... Page 21
- Niveau d'ÉCP par secteur et région ..... Page 22

VALIDATION DES GROUPES DE DISCUSSION SUR L'ÉCP
- Distribution des classements d'ÉCP : prédominance des classements élevés ..... Page 23
- ÉCP et audiologie ..... Page 24
- ÉCP et nourrissons ..... Page 25

SOMMAIRE ..... Page 26

RÉFÉRENCES ..... Page 28

But du rapport

Le but du présent rapport est de présenter un résumé statistique des données sur l'échelle de classement des priorités (ÉCP) contenues dans le système de surveillance du Plan des services de réadaptation. Le rapport se divise en trois parties :

- ✓ La première section familiarise le lecteur avec les données en décrivant le volume de services de réadaptation fournis dans l'ensemble de la province.
- ✓ La deuxième section présente le profil provincial de niveaux d'ÉCP à l'intérieur des quatre disciplines : audiologie, ergothérapie, physiothérapie et orthophonie.
- ✓ La troisième section présente les résultats d'analyses précises de l'ÉCP visant à valider les résultats des séances des groupes de discussion sur l'ÉCP.

Le présent rapport a pour but de relever les principales tendances. Par conséquent, le gros de l'analyse effectuée porte sur les données provinciales, plutôt que sur les scénarios propres aux régions. L'information additionnelle décrivant les données notées dans le présent rapport est répertoriée ci-après :

- ✓ Le présent rapport inclut les données entrées dans le système de surveillance du plan des services de réadaptation de novembre 1997 à la mi-octobre 1998. Les données relatives à la région 2 pour la période d'août à octobre 1998 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du rapport.
- ✓ Le rapport inclut toutes les données versées dans le système de surveillance du plan des services de réadaptation au moment de la rédaction du rapport. Ces données n'ont pas été validées extérieurement par les corporations hospitalières régionales.
- ✓ Les données décrivant le volume de services ne comprennent pas les «cas antérieurs», les «listes d'attente antérieures» et les «demandes de services de groupe». La définition de ces expressions se trouve dans le document intitulé *Lignes directrices relatives à la surveillance du plan des services de réadaptation.*
- ✓ L'abréviation SAR sert à décrire les services ambulatoires en réadaptation et l'abréviation PEM, le programme extra-mural.
- ✓ Ces données **n'incluent pas** les services de réadaptation dispensés aux **personnes hospitalisées** qui, dans le cas de certaines disciplines, accaparent une grande partie des ressources disponibles.
- ✓ Les pourcentages qui apparaissent dans le rapport ne donnent pas 100 % en raison des montants d'erreur qui existent relativement à des éléments de données sélectionnés. Les valeurs d'erreur des éléments de données sélectionnés qui ont été analysés dans le présent rapport ne dépassent pas 3 %. Les valeurs d'erreur ne sont pas indiquées dans le présent rapport. L'analyse des valeurs d'erreur fait partie du contrôle en cours de l'intégrité des données qui vise à réduire le montant d'erreur des rapports ultérieurs.

Introduction

INTRODUCTION À L'ÉCHELLE DE CLASSEMENT DES PRIORITÉS (ÉCP)

L'échelle de classement des priorités (ÉCP) a été mise en place au Nouveau-Brunswick à l'automne de 1997 dans le cadre du Plan des services de réadaptation. L'ÉCP est un outil destiné à promouvoir la détermination uniforme des priorités des demandes de services de réadaptation. On entend par services de réadaptation, dans le présent contexte, les services fournis par les audiologistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les orthophonistes.

BUT DE L'ÉCP

L'ÉCP a été conçue afin de déterminer le besoin relatif de services de réadaptation des clients. L'application constante des facteurs de priorité de l'ÉCP devait contribuer à assurer à tous les Néo-Brunswickois l'accès équitable aux services de réadaptation. L'ÉCP visait à :

- ✓ améliorer la responsabilité,
- ✓ accroître l'objectivité,
- ✓ appuyer la prise de décisions professionnelles,
- ✓ favoriser l'uniformité.

Les spécialistes en réadaptation d'un bout à l'autre de la province utilisent l'ÉCP depuis novembre 1997. Lors du processus de validation de l'ÉCP décrit dans le *Guide de l'utilisateur - Échelle de classement des priorités*, on a recommandé de soumettre l'échelle à une évaluation continue. La présente évaluation de l'ÉCP visait à recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives sur l'échelle de classement.

Dans le cadre de la première partie de l'évaluation, 37 séances de groupes de discussion ont été organisées partout dans la province, à l'été de 1998, afin d'obtenir les idées et commentaires des spécialistes en réadaptation sur leur expérience relative à l'ÉCP. Les résultats qualitatifs des séances des groupes de discussion sont présentés dans le document intitulé *Échelle de classement des priorités - Rapport des groupes de discussion*, novembre 1998.

La deuxième partie de l'évaluation consistait à faire une analyse quantitative des données de l'ÉCP à l'intérieur du système de surveillance du Plan des services de réadaptation. On a donc effectué des analyses descriptives afin de valider les résultats issus des groupes de discussion sur l'ÉCP. D'autre analyses ont été menées à l'aide de données pertinentes afin de préciser davantage le volume de services de réadaptation et la distribution provinciale des niveaux d'ÉCP à l'intérieur des quatre disciplines.

Profil de prestation de services

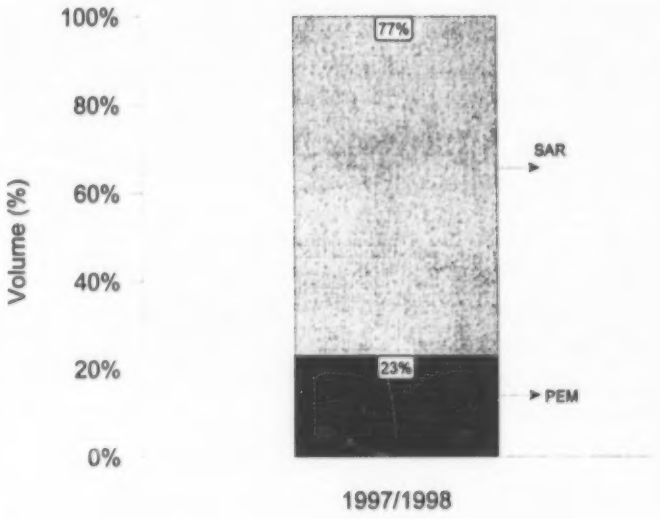
Volume total

De novembre 1997 à la mi-octobre 1998, 40 390 clients ont été dirigés vers les services de réadaptation au Nouveau-Brunswick. En moyenne, quelque 3 672 clients ont été dirigés vers les services de réadaptation chaque mois. Dans le présent rapport, « volume » désigne le nombre de demandes de services de réadaptation. En outre, on entend par « secteur », les services ambulatoires de réadaptation et les services du Programme extra-mural.

Volume par secteur

La figure 1 montre le volume de clients de réadaptation dirigés vers les services ambulatoires de réadaptation et vers le Programme extra-mural de novembre 1997 à octobre 1998.

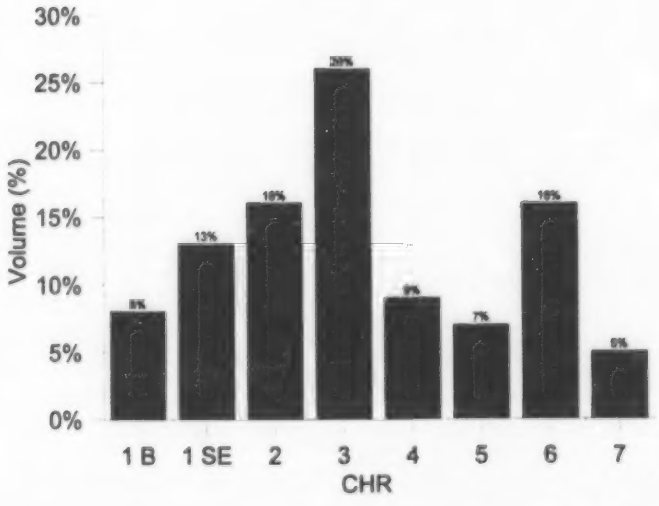
Figure 1



Volume par région

La figure 2 montre le volume de demandes de services de réadaptation par corporation hospitalière régionale.

Figure 2

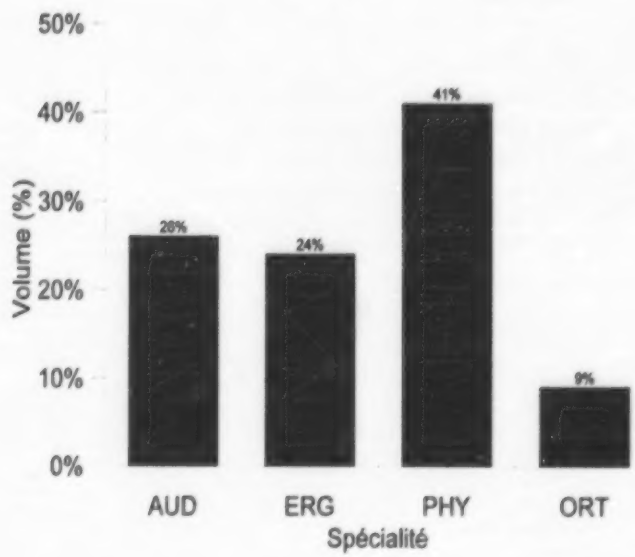


Profil de prestation de services

Volume par discipline

La figure 3 montre le volume de services de réadaptation par discipline incluant l'audiologie, l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie.

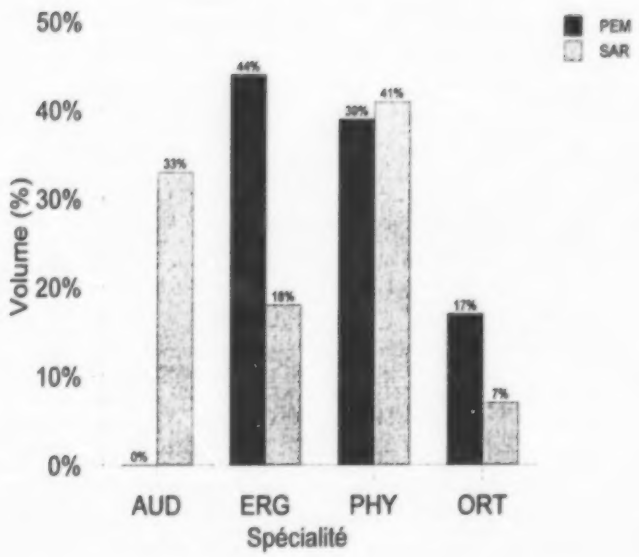
Figure 3



Volume par secteur et discipline

La figure 4 montre le volume de demandes de services de réadaptation par secteur pour chacune des quatre disciplines.

Figure 4



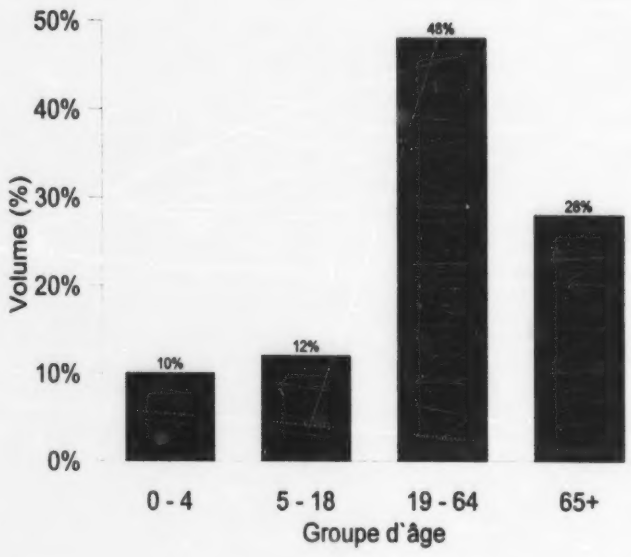
Profil de prestation de services

Volume par âge

La figure 5 montre le volume de demandes de services de réadaptation par groupe d'âge des clients. Les groupes d'âge visés dans le présent rapport sont les suivants :

0 - 4 ans - nourrissons/préscolaire
5 - 18 ans - âge scolaire
19 - 64 ans - adultes
65 ans et + - personnes âgées

Figure 5

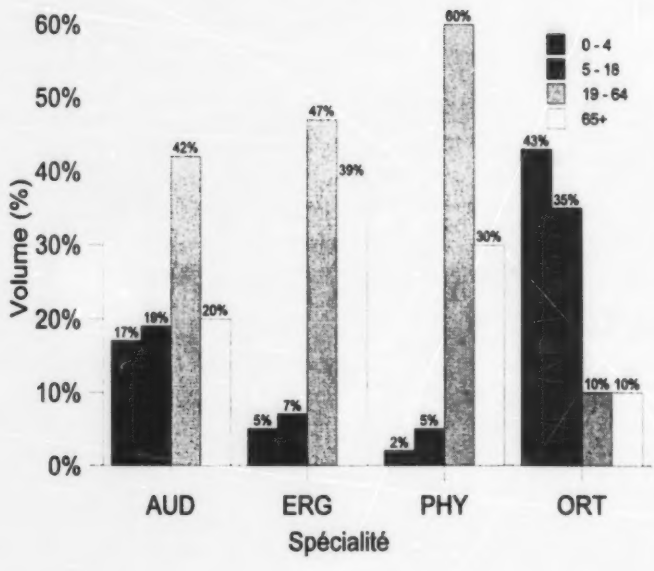


Volume par âge et discipline

La figure 6 présente le volume de demandes de services de réadaptation par groupe d'âge pour chacune des disciplines.

Nota : Les pourcentages pour chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 6

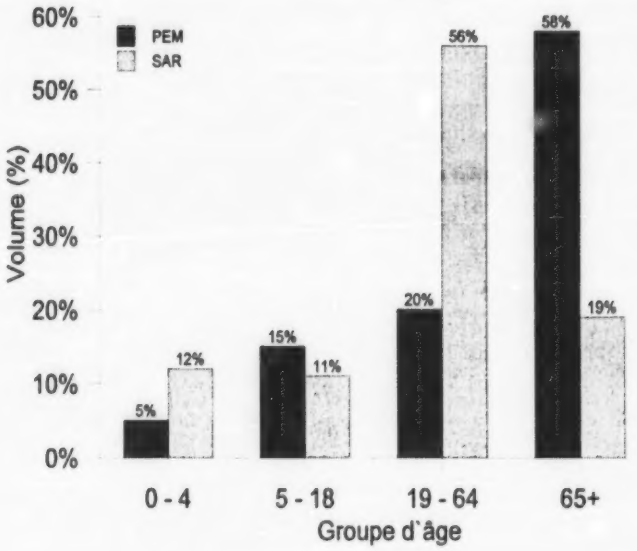


Profil de prestation de services

Volume par secteur et âge

La figure 7 montre le volume de demandes de services de réadaptation par secteur et groupe d'âge des clients.

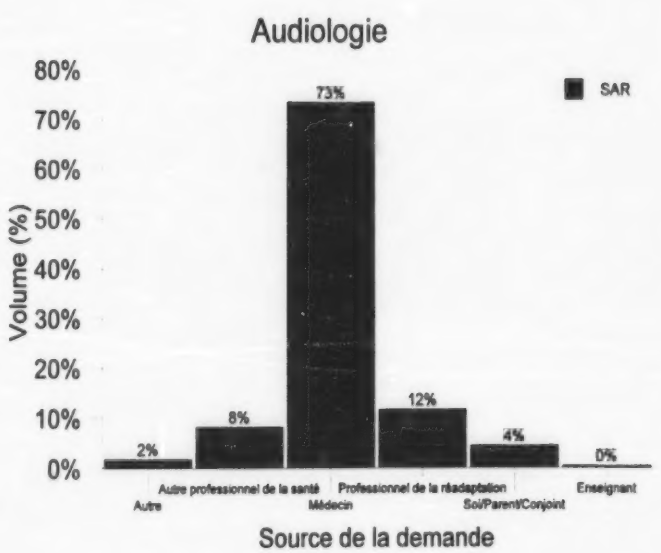
Figure 7



Volume par discipline et source de demande - Audiologie

La figure 8 présente le volume de demandes de services de réadaptation par source de demande pour les clients dirigés vers les services d'audiologie. Nota : Il n'y a pas de demandes de services d'audiologie du Programme extra-mural.

Figure 8

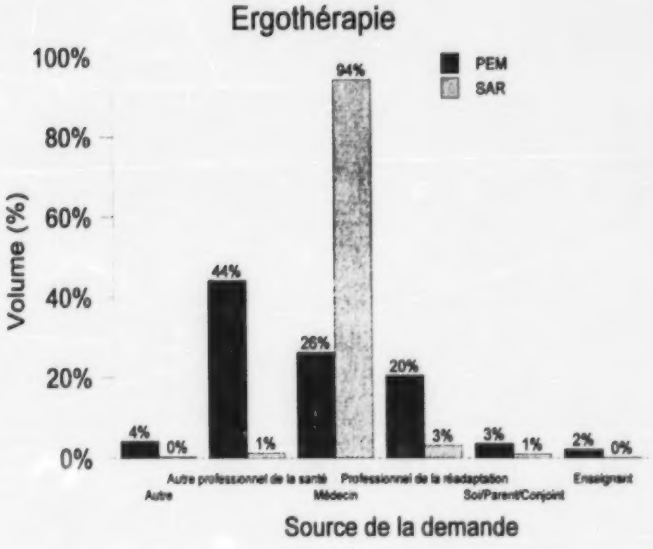


Profil de prestation de services

Volume par discipline et source de demande - Ergothérapie

La figure 9 présente le volume de demandes de services de réadaptation par source de demande pour les clients dirigés vers l'ergothérapie.

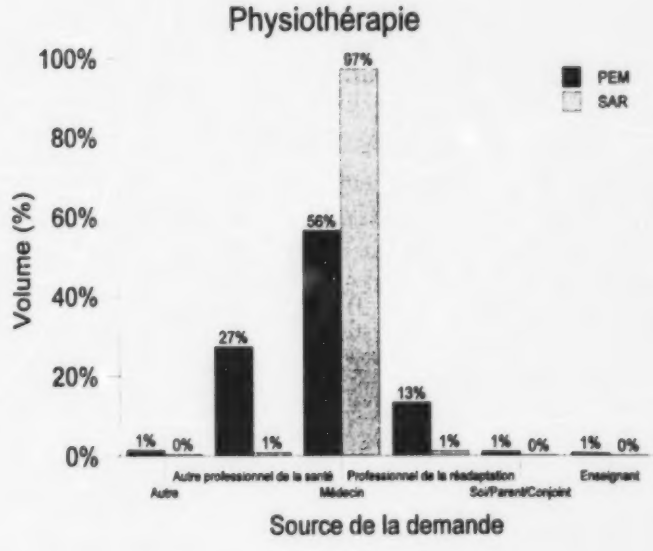
Figure 9



Volume par discipline et source de demande - Physiothérapie

La figure 10 montre le volume de demandes de services de réadaptation par source de demande pour les clients dirigés vers la physiothérapie.

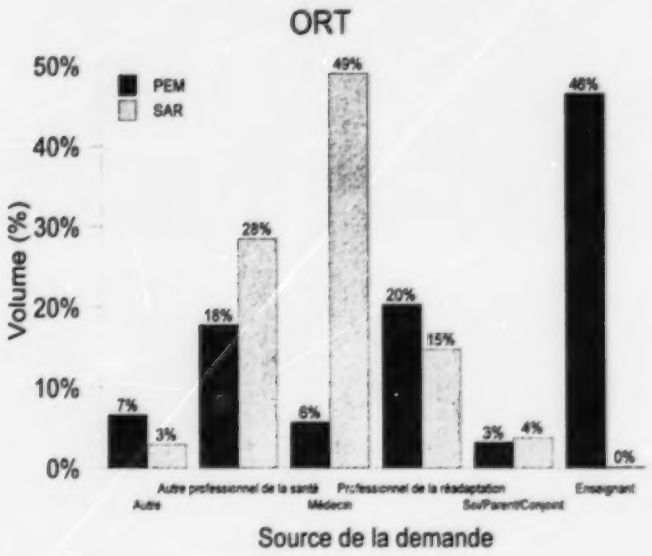
Figure 10



Volume par discipline et source de demande - Orthophonie

La figure 11 montre le volume de demandes de services de réadaptation par source de demande pour les clients dirigés vers l'orthophonie.

Figure 11



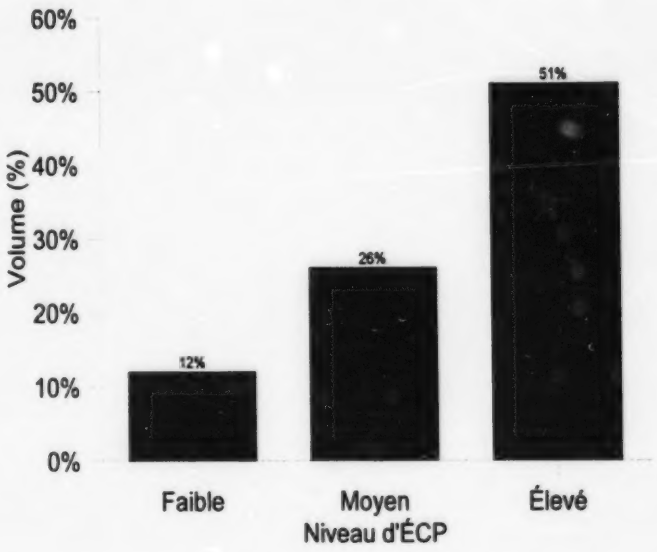
[redacted] Profil d'ÉCP par discipline - AUDIOLOGIE

La présente section illustre la distribution des niveaux d'ÉCP (faible, moyen et élevé) des demandes de services d'audiologie.

Volume total par niveau d'ÉCP

La figure 12 montre la distribution des niveaux de priorité des demandes de services d'audiologie.

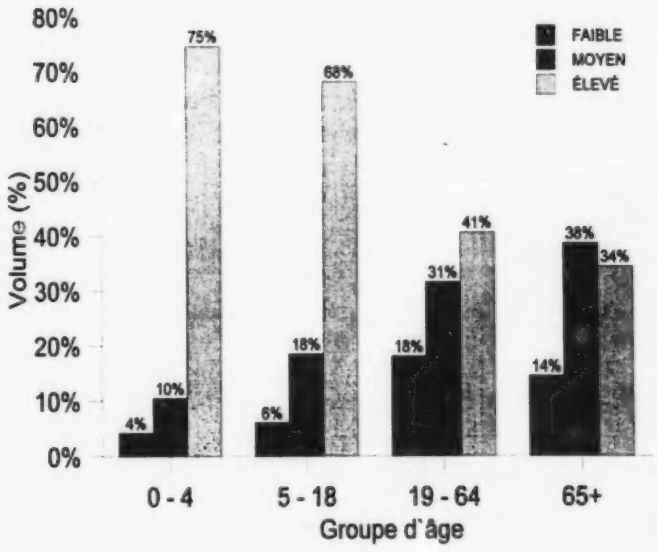
Figure 12



Niveau d'ÉCP par âge

La figure 13 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes de services d'audiologie.

Figure 13



Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

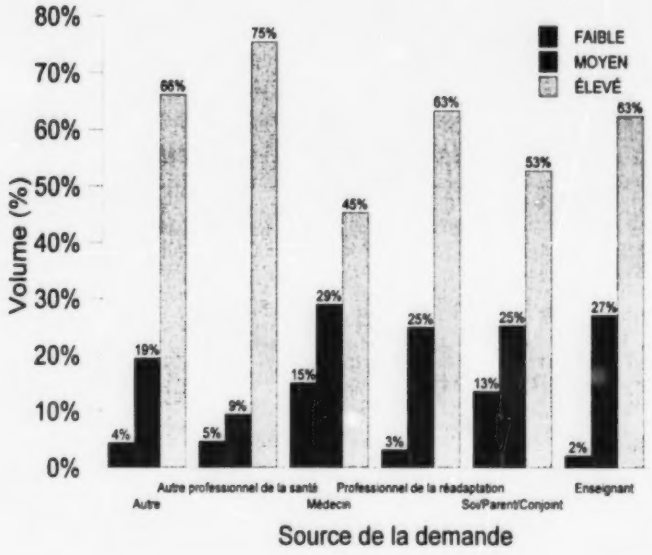
Profil d'ÉCP par discipline - AUDIOLOGIE

Niveau d'ÉCP par source de demande

La figure 14 montre la distribution de niveaux d'ÉCP par source de demande pour les clients dirigés vers l'audiologie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 14

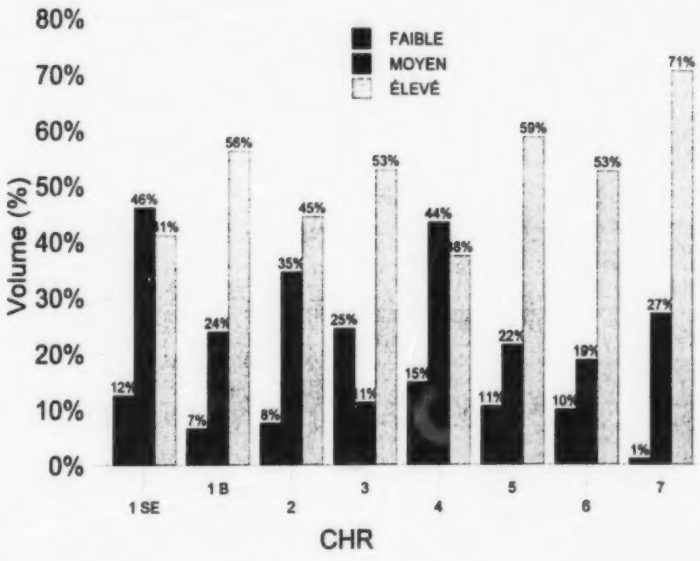


Niveau d'ÉCP par région

La figure 15 montre la distribution des niveaux d'ÉCP des demandes de services d'audiologie par corporation hospitalière régionale.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 15



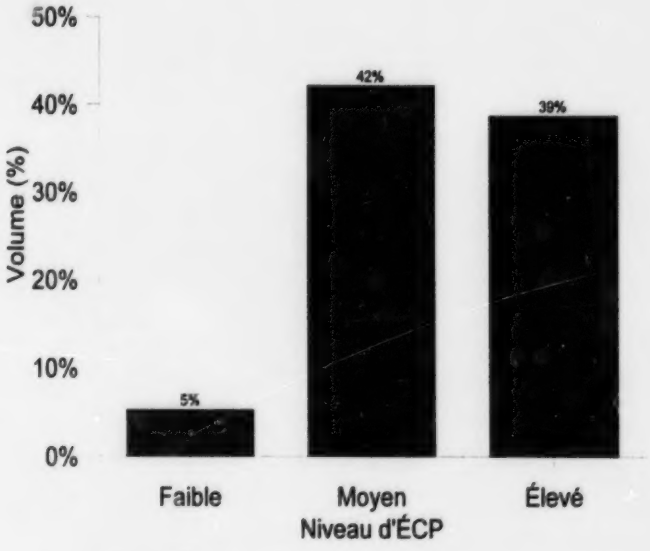
[redacted] Profil d'ÉCP par discipline - ERGOTHÉRAPIE

Cette section présente la distribution des niveaux d'ÉCP (faible, moyen et élevé) des demandes de services d'ergothérapie.

Volume total par niveau d'ÉCP

La figure 16 montre la distribution des niveaux d'ÉCP des demandes de services d'ergothérapie.

Figure 16



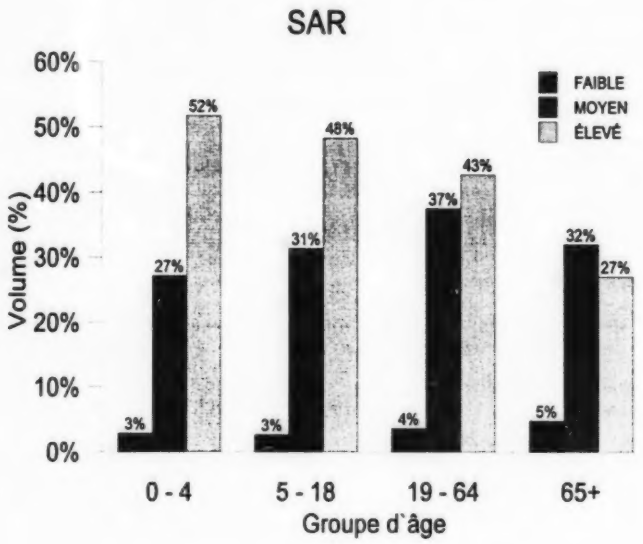
Profil d'ÉCP par discipline - ERGOTHÉRAPIE

Niveau d'ÉCP par secteur et âge

La figure 17 montre la distribution de niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes adressées aux services ambulatoires d'ergothérapie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

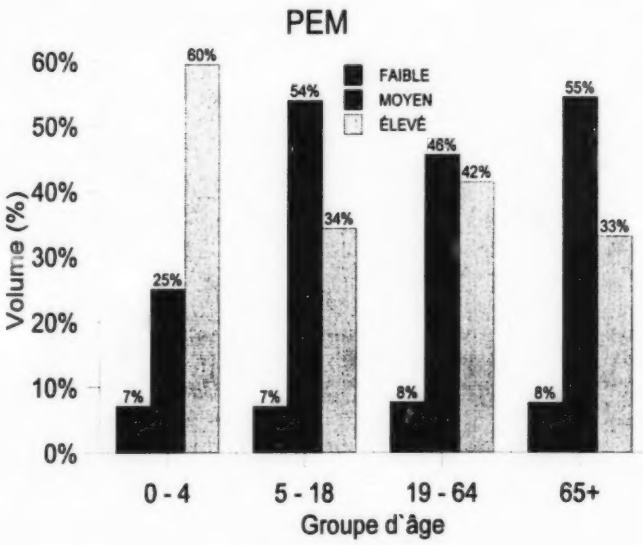
Figure 17



La figure 18 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes de services d'ergothérapie adressées au Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 18



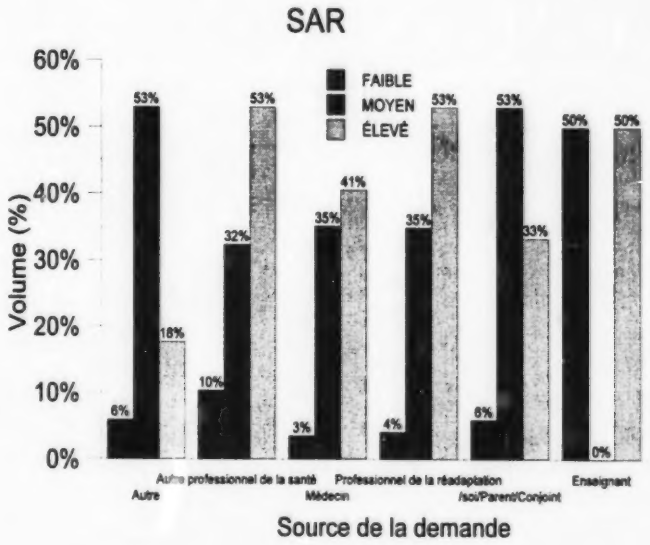
Profil d'ÉCP par discipline - ERGOTHÉRAPIE

Niveau d'ÉCP par secteur et source de demande

La figure 19 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par source de demande pour les clients dirigés vers les services ambulatoires d'ergothérapie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

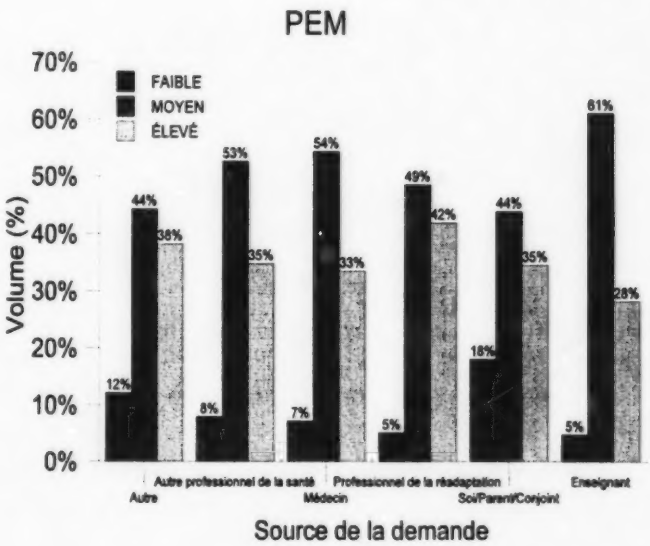
Figure 19



La figure 20 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par source de demande pour les clients dirigés vers les services d'ergothérapie du Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 20



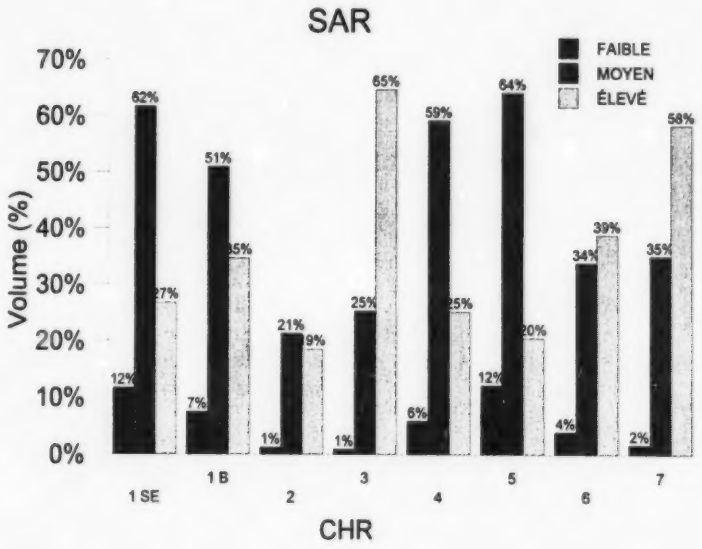
Profil d'ÉCP par discipline - ERGOTHÉRAPIE

Niveau d'ÉCP par secteur et région

La figure 21 présente la distribution des niveaux d'ÉCP par corporation hospitalière régionale pour les clients dirigés vers les services ambulatoires d'ergothérapie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

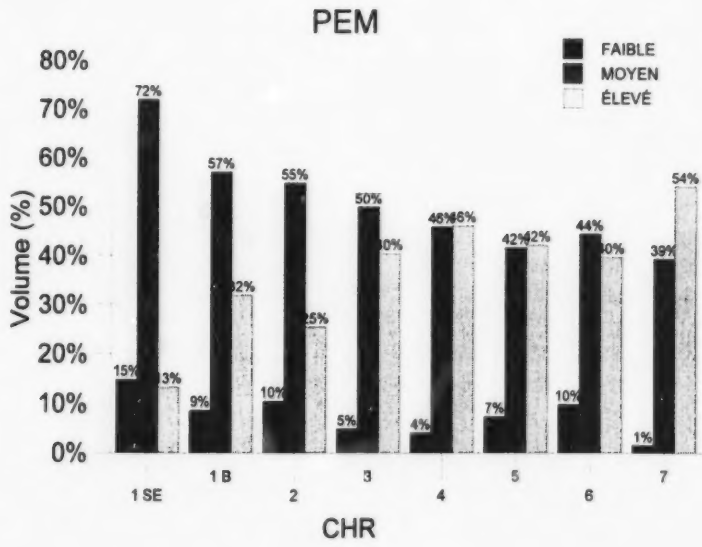
Figure 21



La figure 22 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par corporation hospitalière régionale pour les clients dirigés vers les services d'ergothérapie du Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 22



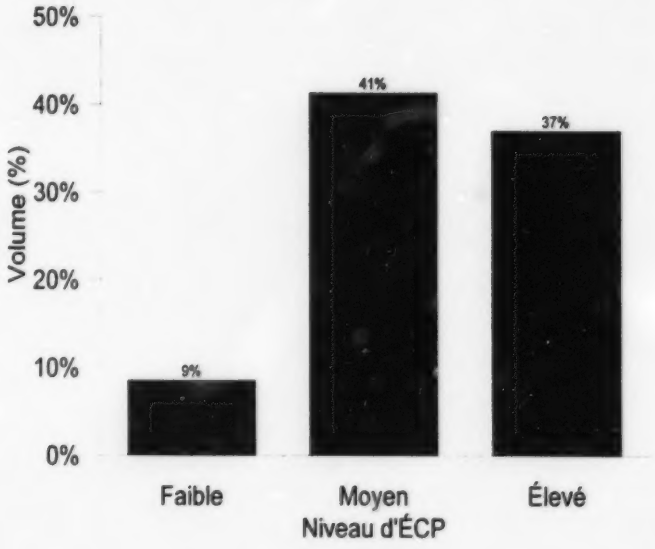
Profil d'ÉCP par discipline - PHYSIOTHÉRAPIE

Cette section présente la distribution des niveaux d'ÉCP (faible, moyen et élevé) des demandes de services de physiothérapie.

Volume total par niveau d'ÉCP

La figure 23 montre la distribution des niveaux d'ÉCP des demandes de services de physiothérapie.

Figure 23



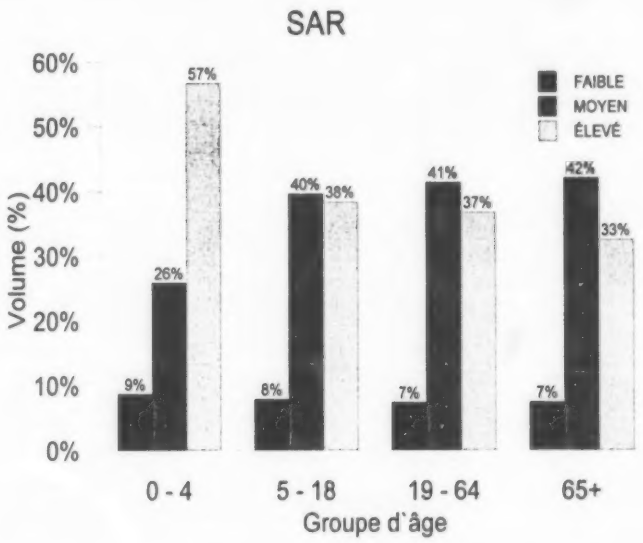
Profil d'ÉCP par discipline - PHYSIOTHÉRAPIE

Niveau d'ÉCP par secteur et âge

La figure 24 présente la distribution de niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes de services ambulatoires de physiothérapie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

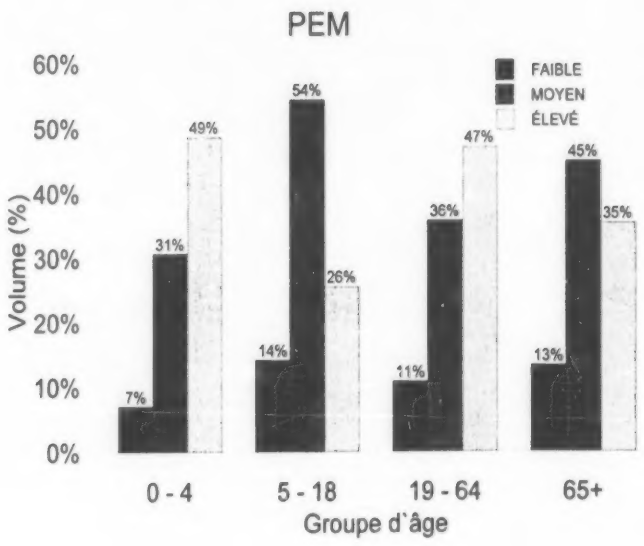
Figure 24



La figure 25 présente la distribution de niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes de services de physiothérapie adressées au Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 25



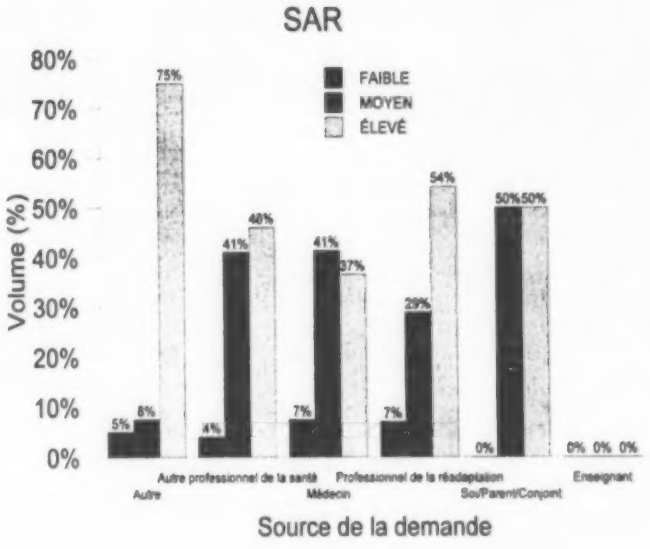
Profil d'ÉCP par discipline - PHYSIOTHÉRAPIE

Niveau d'ÉCP par secteur et source de demande

La figure 26 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par source de demande des clients dirigés vers les services ambulatoires de physiothérapie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

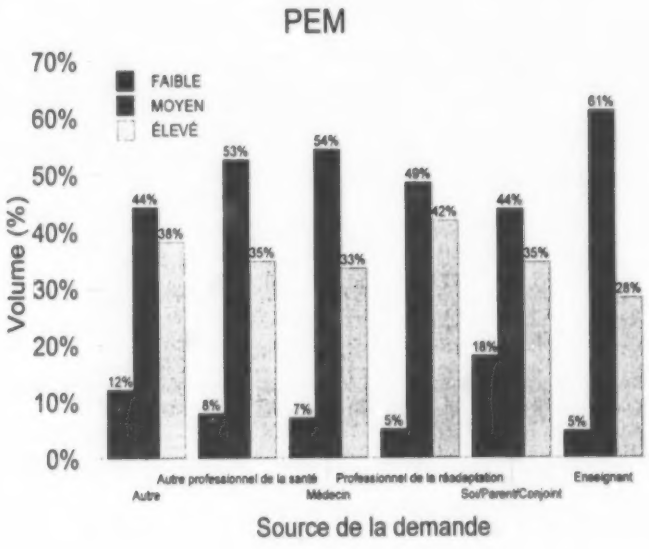
Figure 26



La figure 27 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par source de demande des clients dirigés vers les services de physiothérapie du Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 27



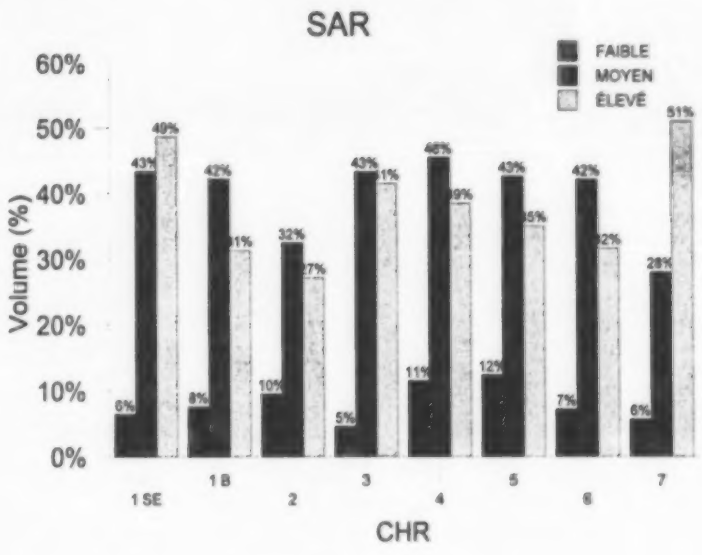
Profil d'ÉCP par discipline - PHYSIOTHÉRAPIE

Niveau d'ÉCP par secteur et région

La figure 28 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par corporation hospitalière régionale pour les clients dirigés vers les services ambulatoires de physiothérapie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

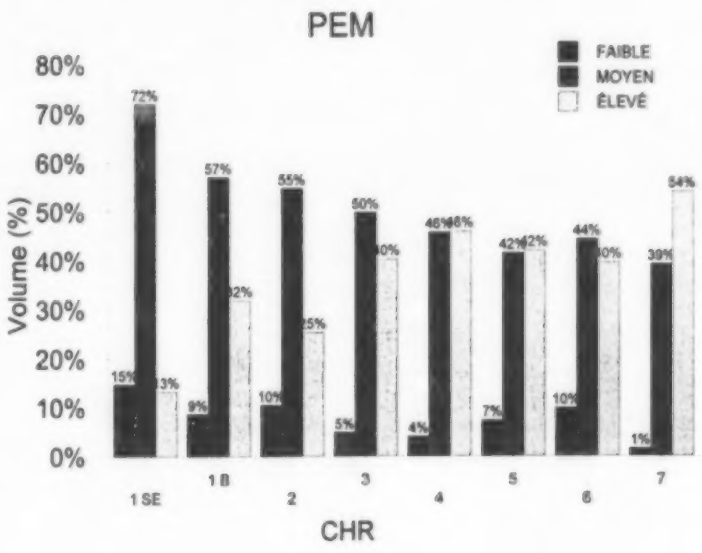
Figure 28



La figure 29 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par corporation hospitalière régionale pour les clients dirigés vers les services de physiothérapie du Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 29



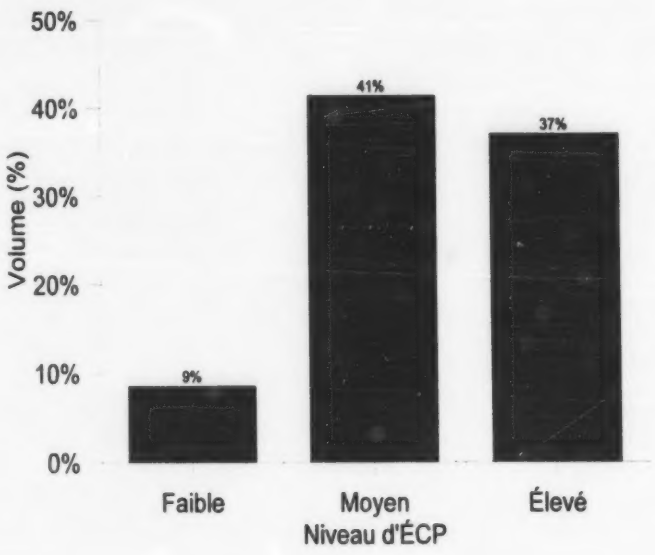
Profil d'ÉCP par discipline - ORTHOPHONIE

La présente section illustre la distribution des niveaux d'ÉCP (faible, moyen et élevé) des demandes de services d'orthophonie.

Volume total par niveau d'ÉCP

La figure 30 montre la distribution des niveaux d'ÉCP pour l'ensemble des demandes de services d'orthophonie.

Figure 30



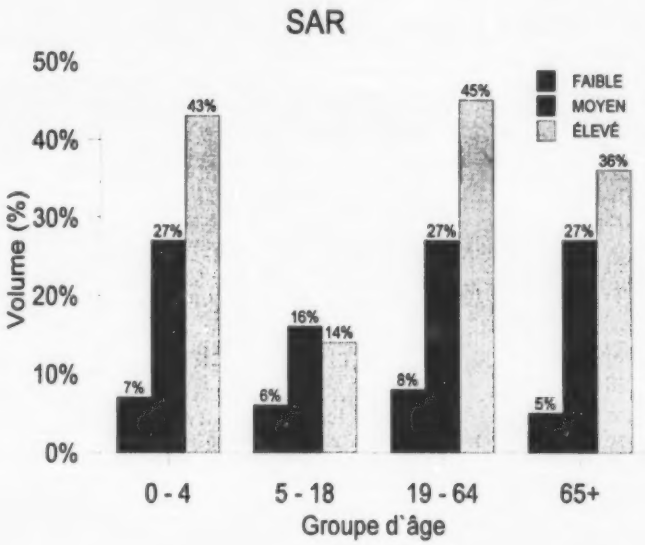
Profil d'ÉCP par discipline - ORTHOPHONIE

Niveau d'ÉCP par secteur et âge

La figure 31 montre la distribution de niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes de services ambulatoires d'orthophonie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

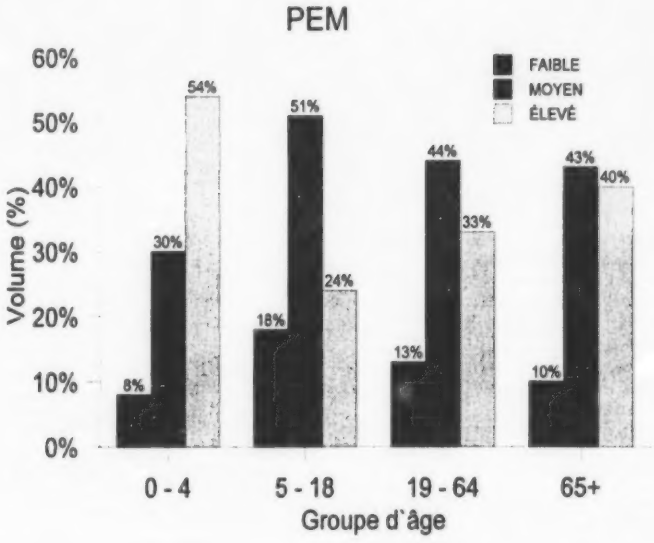
Figure 31



La figure 32 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par groupe d'âge des clients pour les demandes de services d'orthophonie du Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 32



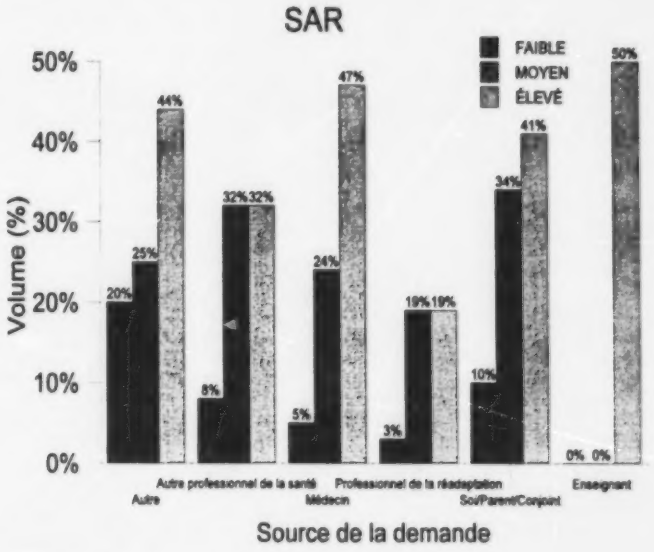
Profil d'ÉCP par discipline - ORTHOPHONIE

Niveau d'ÉCP par secteur et source de demande

La figure 33 montre la distribution de niveaux d'ÉCP par source de demande des clients dirigés vers les services ambulatoires d'orthophonie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

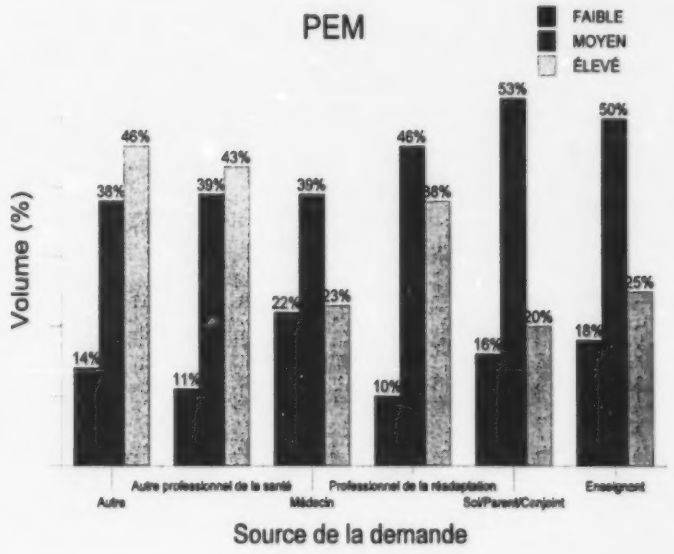
Figure 33



La figure 34 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par source de demande des clients dirigés vers les services d'orthophonie du Programme extra-mural.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 34

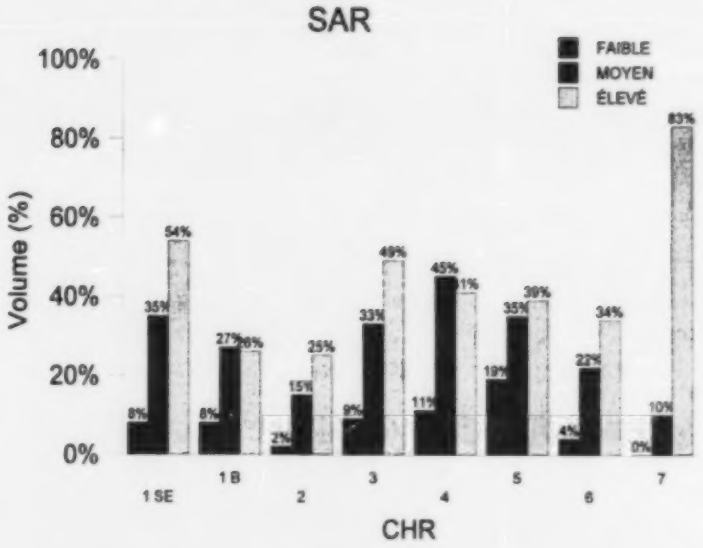


Niveau d'ÉCP par secteur et région

La figure 35 montre la distribution de niveaux d'ÉCP par corporation hospitalière régionale pour les clients dirigés vers les services ambulatoires d'orthophonie.

Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

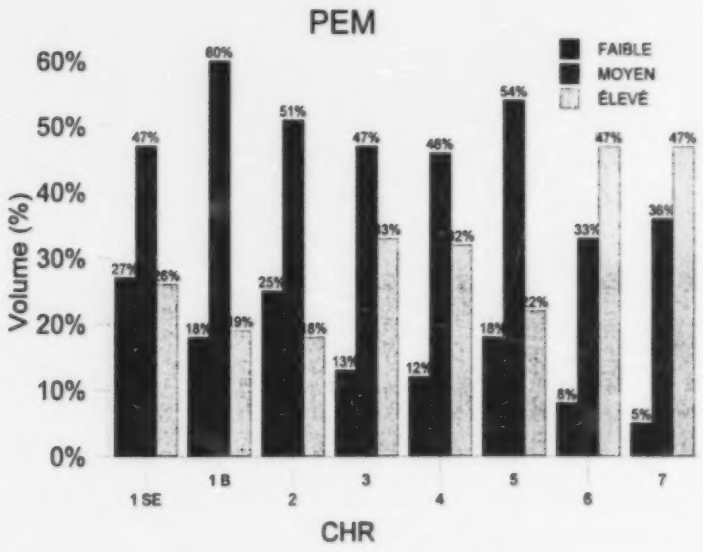
Figure 35



La figure 36 montre la distribution de niveaux d'ÉCP par corporation hospitalière régionale pour les clients dirigés vers les services d'orthophonie du Programme extra-mural.

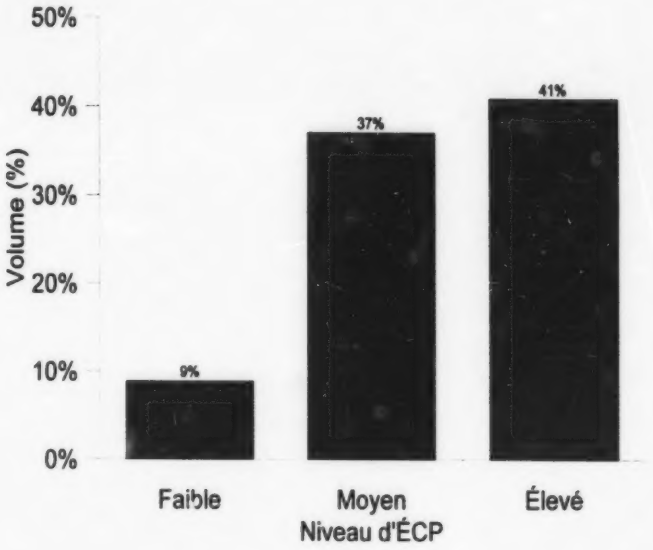
Nota : Les pourcentages de chaque catégorie de l'axe des x ne totalisent pas 100 % en raison des valeurs d'erreur.

Figure 36



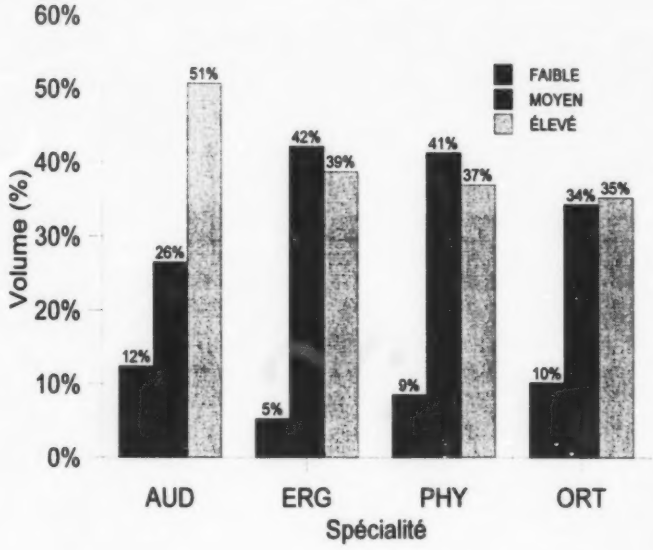
Distribution des classements d'ÉCP : prédominance des classements élevés

Figure 37



Lors des séances des groupes de discussion, les participants de toutes les disciplines ont laissé entendre que la majorité des demandes de service tombent dans le niveau élevé de priorité. La figure 37 montre la distribution des niveaux d'ÉCP pour le volume total de demandes de services en 1997-1998. Le graphique montre que 41 % des demandes tombent dans le niveau de priorité élevé; 37 % des demandes dans le niveau de priorité moyen et 9 % dans le niveau de priorité faible. La grande majorité des demandes tombent dans les niveaux de priorité élevé et moyen.

Figure 38

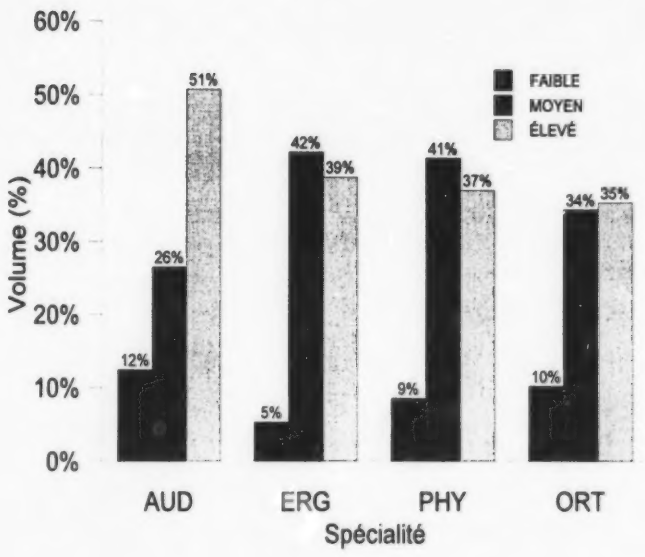


La figure 38 montre la distribution des niveaux d'ÉCP par discipline. Il ressort de cette figure que la majorité des demandes appartiennent aux niveaux de priorité élevé et moyen dans les quatre disciplines. Ces résultats d'analyse quantitative semblent indiquer que la majorité des demandes de service tombent dans les niveaux de priorité élevé et moyen, ce qui n'est pas conforme aux résultats des séances des groupes de discussion.

ÉCP et audiologie

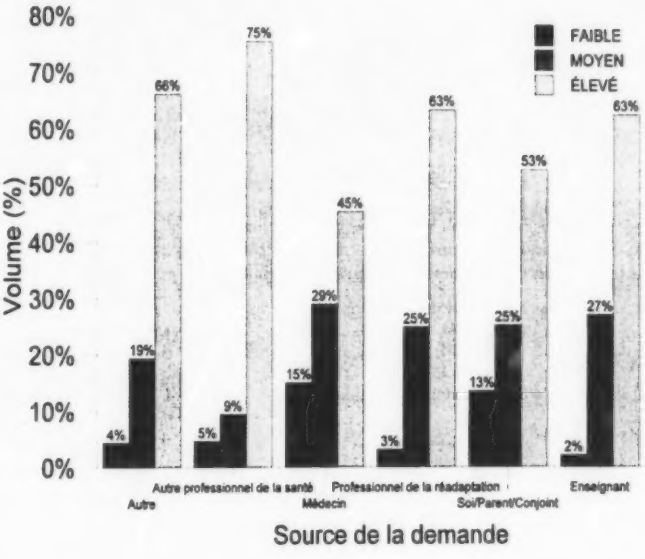
Les participants des groupes de discussion sur l'audiologie ont laissé entendre que presque toutes les demandes de services d'audiologie relèvent du niveau de priorité élevé en raison de la nature unique du service fourni dans l'ensemble de la province. L'examen des données révèle que le pourcentage de niveaux de priorité « élevés » en audiologie n'est pas très différent des autres disciplines (AUDIOLOGIE - 51 %; ERGOTHÉRAPIE 39 %; PHYSIOTHÉRAPIE 37 %; ORTHOPHONIE 35 %).

Figure 39



Une autre analyse révèle que presque la moitié des cas de services d'audiologie dirigés par un médecin tombent dans le niveau de priorité faible ou moyen. Ces résultats indiquent une distribution légèrement plus équilibrée des niveaux de priorité (faible - 15 %; moyen - 29 % et élevé - 45 %) des cas dirigés par les médecins par comparaison avec les descriptions recueillies lors des séances de groupes de discussion. Ainsi, les résultats des analyses quantitatives ne semblent pas corroborer les résultats des séances des groupes de discussion.

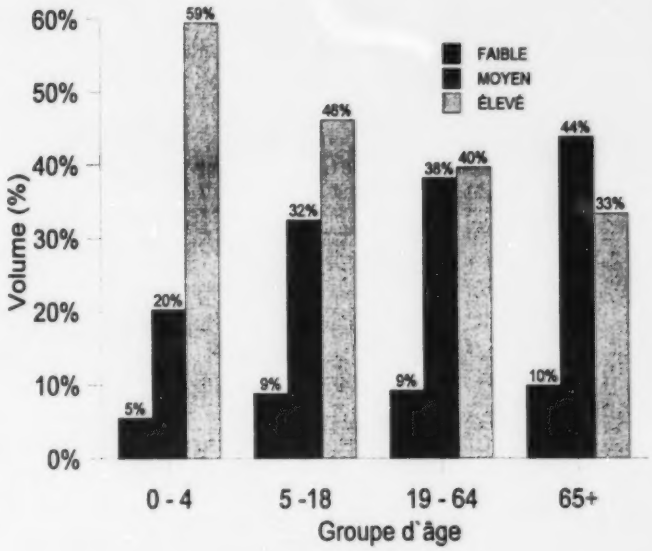
Figure 40



Validation des groupes de discussion sur l'ÉCP

ÉCP et nourrissons

Figure 41



Les participants de toutes les disciplines des groupes de discussion ont indiqué que les nourrissons tombent le plus souvent dans le niveau de priorité élevé et que, dans certains cas, le classement automatique des nourrissons dans la catégorie de priorité élevée est de pratique courante. On a utilisé les données du système de surveillance du Plan des services de réadaptation afin d'étudier la distribution des classements de l'ÉCP pour le groupe d'âge des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire. Les résultats appuient les conclusions des groupes de discussion et révèlent que plus de la moitié des clients de ce groupe d'âge (59 %) appartiennent au niveau de priorité élevé.

Par discipline, les résultats montrent que les demandes du groupe d'âge des nourrissons/enfants d'âge préscolaire sont le plus souvent classées de priorité élevée par toutes les disciplines. En guise de conclusion, nous pouvons affirmer que l'analyse quantitative semble être conforme à cet égard avec les conclusions des groupes de discussion.

Sommaire

Les analyses descriptives visaient à montrer le volume de services de réadaptation fournis ainsi que la distribution des niveaux de priorité (niveaux d'ÉCP) dans la province. En outre, les données du système de surveillance du Plan des services de réadaptation ont servi à vérifier les résultats des séances des groupes de discussion sur l'ÉCP. Les résultats sont résumés ci-dessous.

Profil de prestation de services

Le volume total de demandes de services de réadaptation dans l'ensemble de la province se chiffrait à 40 390 clients (nov. 1997 - oct. 1998). Plus des trois quarts des demandes de service ont été adressées aux services ambulatoires de réadaptation (77 %). Le plus grand nombre de demandes de services ambulatoires visaient les physiothérapeutes. Les ergothérapeutes ont récolté le plus grand nombre de demandes de services du Programme extra-mural. Plus de la moitié (56 %) des demandes de services ambulatoires de réadaptation visaient le groupe d'âge des adultes (19-64 ans). Plus de la moitié (58 %) des demandes de services du Programme extra-mural visaient des personnes du groupe d'âge de 65 ans et plus. Si l'on examine les groupes d'âge par discipline, ce sont les audiologistes qui reçoivent le plus grand nombre de demandes (42 %) du groupe d'âge des adultes (19-64 ans). Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes reçoivent le plus grand nombre de demandes des groupes d'âge des adultes et des personnes âgées. Les orthophonistes sont plus en demande auprès des groupes d'âge des nourrissons/enfants d'âge préscolaire et du groupe des enfants d'âge scolaire. Les médecins constituent la source d'aiguillage la plus courante des services ambulatoires de réadaptation. La source d'aiguillage des services de réadaptation du Programme extra-mural était plus susceptible d'être les autres professionnels des soins de santé, les enseignants ou les spécialistes en réadaptation.

Profil d'ÉCP par discipline

La majorité des demandes de service relevaient des niveaux de priorité élevé ou moyen dans toutes les disciplines avec l'ergothérapie ayant enregistré la plus petite proportion de niveaux de priorité faible. Les résultats suggèrent que les demandes du groupe des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire sont le plus souvent classées comme priorité élevée par toutes les disciplines. Les demandes de services ambulatoires de réadaptation provenant des médecins étaient le plus souvent classées comme une priorité élevée dans toutes les disciplines sauf la physiothérapie. Les demandes de services de réadaptation communautaires provenant de sources multiples appartenaient le plus souvent à la catégorie de priorité moyenne dans toutes les disciplines sauf la physiothérapie. Les demandes de services de physiothérapie provenant des médecins ont tendance le plus souvent à tomber dans la catégorie de priorité moyenne alors que les demandes de services de physiothérapie du Programme extra-mural tombent le plus souvent dans la

catégorie de priorité élevée. Si l'on examine les niveaux de priorité par région, il ressort que les demandes de réadaptation dans toutes les disciplines appartiennent le plus souvent à la priorité élevée dans la région 7. Aucune autre tendance constante n'est ressortie pour décrire les niveaux de priorité dans les régions. Cela pourrait refléter la différence des services fournis d'un bout à l'autre de la province.

Validation des groupes de discussion sur l'ÉCP

Les données du système de surveillance du Plan des services de réadaptation corroborent un résultat sur trois des groupes de discussion sur l'ÉCP. Les données du système de surveillance révèlent une tendance voulant que la majorité des demandes de services tombent dans les catégories de priorité élevée et moyenne pour toutes les disciplines dans la province. Ce résultat va à l'encontre de la conclusion des groupes de discussion voulant que la majorité des demandes soient classées comme priorité élevée. Les résultats de l'analyse quantitative montrent également une distribution plus équilibrée des niveaux de priorité des demandes d'audiologie se rapprochant de la distribution des niveaux dans les autres disciplines de réadaptation. Cela contredit les résultats des groupes de discussion où l'on a fait valoir que la presque totalité des demandes d'audiologie étaient de priorité élevée en raison de la nature unique du service fourni. Enfin, l'analyse quantitative ne correspondait pas au résultat des groupes de discussion voulant que les demandes provenant du groupe des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire sont le plus souvent classées comme priorité élevée par toutes les disciplines.

Conclusions

La présente analyse descriptive des données du système de surveillance du Plan des services de réadaptation se concentrait sur les données de l'ÉCP afin d'établir la distribution des classements de priorité et de valider les résultats des groupes de discussion sur l'ÉCP. La majorité des demandes de services semblent être de priorité moyenne ou élevée dans l'ensemble de la province, ce qui va à l'encontre de la tendance rapportée par les groupes de discussion. L'analyse quantitative n'a pas permis de confirmer l'assertion des groupes de discussion que la presque totalité des demandes d'audiologie sont classées de priorité élevée en raison de la nature unique des services d'audiologie. Cinquante et un pour cent (51 %) des demandes de services d'audiologie tombaient dans la catégorie de priorité élevée, ce qui n'est pas très différent de la distribution des classements dans les autres disciplines de réadaptation. Enfin, tant les données quantitatives que qualitatives suggèrent que la majorité des demandes de services du groupe des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire sont classées dans la catégorie de priorité élevée dans toutes les disciplines. Il y aura lieu de procéder à d'autres études afin de valider les tendances cernées dans le cadre des analyses quantitatives des données du système de surveillance du Plan des services de réadaptation.

Références

Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick. *Plan des services de réadaptation*, avril 1994.

Ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick. *Guide de l'utilisateur - Échelle de classement des priorités*, septembre 1997.

Échelle de classement des priorités - Rapport des groupes de discussion, novembre 1998.

Nota:

<< Le présent document a été produit grâce à une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé, Santé Canada. >>

<< Les points de vue exprimés dans ce document ne représentent pas nécessairement la politique officielle de Santé Canada. >>